



ECDC **CORPORATE**

Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2010

ECDC CORPORATE

Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2010



Voorgestelde aanhaling: Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding. Samenvatting van belangrijke publicaties uit 2010. Stockholm, ECDC, 2011.

Stockholm, april 2011

© Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding, 2011.

Overname met bronvermelding is toegestaan.

Inhoudsopgave

Inleiding	V
Technische rapporten	1
1 Risicobeoordeling voor Q-koorts.....	1
2 Surveillance en preventie van hepatitis B en C in Europa	3
ECDC-richtsnoeren	5
3 Volksgezondheidsaanpak ten aanzien van sporadische gevallen van invasieve meningokokkeninfecties en hun contacten	5
4 Hiv-tests: aanvaarding en doeltreffendheid in de Europese Unie vergroten	7
Surveillancerapporten	11
5 Surveillance van tuberculose 2008	11
6 Surveillance van influenza in Europa 2008-2009 – Week 40/2008 tot week 39/2009	13
7 Surveillance van invasieve bacteriële ziekten in Europa 2007	14
8 Epidemiologisch jaarverslag over overdraagbare ziekten in Europa 2010	17
9 Surveillance van antimicrobiële resistentie in Europa 2009.....	23
10 Surveillance van hiv/aids in Europa 2009	25
Speciale rapporten	27
11 Tenuitvoerlegging van de Verklaring van Dublin over het partnerschap ter bestrijding van hiv/aids in Europa en Centraal-Azië: voortgangsverslag 2010	27
12 De A(H1N1)-pandemie van 2009 in Europa – Een evaluatie van de ervaringen	30
13 Voortgang ten aanzien van de eliminatie van tbc – Vervolgcontrole van het kaderactieplan voor de bestrijding van tuberculose in de Europese Unie.....	33
Bijlage: ECDC-publicaties 2010.....	35
Technische rapporten	35
ECDC-richtsnoeren	35
Surveillancerapporten	35
Speciale rapporten	36
Notulen	36
Missieverslagen	36
Technische documenten	36
Publicaties van het ECDC	37
Periodieke publicaties	37

Inleiding

In 2010 publiceerde het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) in totaal 35 wetenschappelijke documenten. De belangrijkste publicaties zijn:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010*, de vierde editie van het epidemiologische jaarverslag over overdraagbare ziekten in Europa, met een uitgebreid overzicht van surveillancegegevens voor 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008* en *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009*, twee rapporten - samen met het Regionaal Bureau voor Europa van de Wereldgezondheidsorganisatie opgesteld - over de surveillance van tbc en hiv/aids in de landen van de Europese Unie (EU) en de Europese Economische Ruimte (EER) en in 23 andere landen van de regio van het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO;
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report*, een evaluatie van de voortgang die tot 2010 is gemaakt bij de uitvoering van de Verklaring van Dublin over het partnerschap ter bestrijding van hiv/aids in Europa en Centraal-Azië, gebaseerd op gegevens uit 49 landen.
- *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)*, het eerste jaarverslag van EARS-Net, na de overgang van het Europees systeem voor de surveillance van antimicrobiële resistentie (EARSS) naar het ECDC op 1 januari 2010, waarin Europese referentiegegevens over antimicrobiële resistentie worden verstrekt voor volksgezondheidsdoeleinden.
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience*, een breed overzicht van de epidemiologie en virologie van de A(H1N1)-pandemie van 2009 in de landen van de EU en de EER.

Van bepaalde ECDC-documenten, zoals deze die hiervoor worden opgesomd, zijn samenvattingen opgesteld in alle EU-talen, plus het IJslands en het Noors, ten behoeve van de beleidsmakers. Zij 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.

Een lijst van alle ECDC-publicaties uit 2010 is als bijlage toegevoegd. Alle publicaties zijn elektronisch verkrijgbaar via de bovenstaande 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.

Technische rapporten

1 Risicobeoordeling voor Q-koorts

(Gepubliceerd in maart 2010)

Op verzoek van de Europese Commissie is **een risicobeoordeling** uitgevoerd voor de beoordeling van vragen over Q-koorts en de overdracht ervan via het bloed, het effect van chronische Q-koorts op de gezondheid en de risico's voor zwangere vrouwen. Naar aanleiding van de uitbraak in Nederland werd het ECDC ook verzocht om dieper in te gaan op het probleem van de grensoverschrijdende verspreiding en de noodzaak van betere surveillancesystemen. De risicobeoordeling werd uitgevoerd volgens op wetenschappelijk bewijs gebaseerde methoden, door zoektermen te bepalen voor elke vraag, in- en uitsluitingscriteria vast te stellen voor gespecificeerde onderzoeken en de kwaliteit van het bewijsmateriaal te beoordelen. Een overzicht van het best beschikbare bewijsmateriaal werd gepresenteerd aan en besproken met een panel van deskundigen uit Nederland, Frankrijk, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en de Verenigde Staten. De uitvoering van dit werk gebeurde gelijktijdig en in coördinatie met een risicobeoordeling voor Q-koorts door de Europese Autoriteit voor voedselveiligheid.

Acute Q-koorts is meestal een onschuldige, spontaan genezende, griepachtige ziekte, maar soms gaat ze gepaard met longontsteking, hepatitis en andere symptomen. De aandoening wordt meestal succesvol behandeld met doxycycline gedurende twee weken.

Coxiella burnetii is een obligaat intracellulaire bacterie die kan worden overgedragen via **bloed en weefsel**. Het risico voor een dergelijke overdracht is klein en de literatuur vermeldt slechts één geval. Tijdens een uitbraak moet het endemische gebied worden vastgesteld en dienen veiligheidsvoorzorgsmaatregelen te worden overwogen, zoals actieve surveillance bij de ontvangers van bloed of weefsel, screening van de donoren en screening van bloed- en weefselp producten. Voor reizigers die binnen de incubatieperiode uit het gebied terugkeren met asymptomatische bacteriemie (vijf tot zeven weken) kan uitsluiting van bloeddonatie worden overwogen tot het einde van deze periode. Een antibioticakuur kan worden overwogen voor ontvangers van bloed die een bijzonder hoog risico lopen, zoals patiënten met hartklepstoringen. Donors die een acute Q-koortsinfectie hebben gehad, moeten worden uitgesloten van het geven van bloed in de twee jaar volgend op de bevestigde genezing van de acute infectie. De voordelen van deze maatregelen moeten zorgvuldig worden afgewogen tegen de negatieve gevolgen die zij kunnen hebben voor de bloedvoorziening in het gebied. Er dient een strategie voor risicocommunicatie te worden ontwikkeld.

Chronische Q-koorts is een ernstige complicatie van een acute Q-koortsinfectie: ze treedt op in ongeveer 2% van de acute symptomatische gevallen en de mortaliteit kan variëren van 5% tot 50%. Chronische Q-koorts veroorzaakt endocarditis bij risicogroepen zoals mensen met een eerdere hartklepziekte, een klepprothese of een vaatprothese. Patiënten met kanker of immunosuppressie lopen ook een verhoogd risico. Chronische Q-koorts moet ten minste gedurende één jaar worden behandeld, en in sommige gevallen levenslang, met meer dan één antibioticum. Soms is het nodig de beschadigde hartkleppen chirurgisch te vervangen.

Een doeltreffende opsporing en behandeling van acute Q-koorts is de beste strategie om gevallen van chronische Q-koorts te voorkomen. Drie mogelijke strategieën worden beschreven: (1) de bewustmaking bij de zorgverleners en het publiek bevorderen om de risicogroepen te bereiken; (2) een actieve serologische follow-up uitvoeren bij de bekende risicogroepen om acute Q-koortsinfecties vroegtijdig op te sporen en te behandelen; (3) alle bekende patiënten met acute Q-koorts aan een echocardiografie onderwerpen om chronische gevallen actief op te sporen en te volgen.

Er dienen goede prospectieve cohortstudies en gecontroleerde onderzoeken (voor zover ethisch haalbaar) te worden opgezet om degelijker bewijsmateriaal te verzamelen over het voorkomen en bedwingen van uitbraken van Q-koorts op het gebied van volksgezondheid en over het diagnosticeren en behandelen van acute en chronische Q-koorts op klinisch niveau.

Het zeer beperkte bewijsmateriaal over **Q-koorts tijdens de zwangerschap** is vooral afkomstig van observaties en onderzoek bij huis- en proefdieren, seroprevalentiestudies, casusrapporten en een gevallenreeks waarbij 53 zwangere vrouwen over een periode van vijftien jaar werden gevolgd. Op basis van het thans beschikbare bewijsmateriaal kan het risico op ernstige gevolgen van Q-koorts voor zwangere vrouwen in vergelijking met het risico voor de (vrouwelijke) bevolking in het algemeen niet worden gekwantificeerd. Er zijn verscheidene gevallen gemeld waarbij een infectie met *Coxiella burnetii* tijdens de zwangerschap heeft geleid tot ongunstige zwangerschapsresultaten. In een aantal van deze gevallen werd *Coxiella burnetii* gevonden in de placenta en in foetusweefsel. *Coxiella* werd ook aangetroffen in moedermelk, maar er is geen bevestigd geval van overdracht naar het kind dat borstvoeding kreeg.

Er zijn aanwijzingen dat een langdurige antibioticatherapie met cotrimoxazol ernstige zwangerschapsresultaten kan voorkomen, maar het bewijs is gebaseerd op een gevallenreeks zonder randomisatie en zonder controle van mogelijke vertekeningen. Zolang er niet meer bewijsmateriaal uit behandelingsstudies van hoge kwaliteit beschikbaar is, zouden vrouwen waarbij een Q-koortsinfectie is gediagnosticeerd gedurende de rest van de zwangerschap moeten worden behandeld met antibiotica. De wetenschappelijke basis voor deze aanbeveling is echter zwak en het ECDC beveelt daarom sterk aan om gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken uit te voeren teneinde betrouwbaarder bewijsmateriaal te verzamelen.

Zwangere vrouwen moeten de raad krijgen geen boerderijen in getroffen gebieden te bezoeken. Het ECDC raadt borstvoeding niet af, tenzij in chronische gevallen waarbij de moeder een langdurige behandeling moet krijgen.

Een met formaline geïnactiveerd uit hele cellen bestaand **Q-koortsvaccin** wordt geproduceerd en is geregistreerd in Australië. Het vaccin is werkzaam, maar de vaccinatie vereist voorafgaande tests omwille van de hoge reactogeniciteit bij personen die eerder zijn besmet met *Coxiella burnetii*, wat het vaccin meer geschikt maakt voor specifieke risicogroepen dan voor algemene vaccinatie.

Uit het beschikbare bewijsmateriaal blijkt dat de daadwerkelijke **verspreiding** van *Coxiella burnetii* door de lucht plaatsvindt in een omtrek van minder dan 5 km. Het risico op verspreiding door de lucht vanuit Nederland blijft daarom beperkt tot de buurlanden (Duitsland en België) en tot gebieden die dicht bij de uitbraakhaarden liggen. Een actieve surveillance of opsporing van gevallen van acute Q-koorts bij mogelijke risicogroepen (zwangere vrouwen en patiënten met een hartklep- of vaatziekte) op lokaal niveau en gedurende een bepaalde periode is een uitvoerbare en efficiënte methode gebleken om acute infecties op te sporen. In gebieden die grenzen aan epidemiezones (≤ 5 km van de haard) dienen bewustmakingscampagnes bij de zorgverleners te worden gevoerd. Als het getroffen gebied ook andere lidstaten aantast, moeten de verantwoordelijke volksgezondheidsinstanties hun collega's over de grens inlichten. Het uitwisselen van informatie tussen volksgezondheids- en veterinaire instanties zou de vroegtijdige vaststelling van een uitbraak bevorderen. In geval van een uitbraak moeten de volksgezondheids- en veterinaire instanties op nationaal en lokaal niveau de nodige maatregelen nemen ter bestrijding ervan.

2 Surveillance en preventie van hepatitis B en C in Europa

(Gepubliceerd in oktober 2010)

Bereik van het onderzoek

Dit onderzoek werd uitgevoerd om de bestaande nationale surveillancesystemen en preventieprogramma's voor hepatitis B en C in de EU/EER in kaart te brengen.

Hepatitis B

Surveillance in Europa

Alle landen gaven aan dat zij een passief verplicht meldingssysteem voor hepatitis B ingesteld hebben. In 15 landen was er slechts één specifiek surveillancesysteem, in 4 landen waren er meerdere surveillancesystemen. De nationale surveillancedoelstellingen zijn goed vergelijkbaar in de verschillende landen, maar de gevalsdefinities stemden niet altijd overeen met de doelstellingen. 8 landen gaven aan dat zij de EU-gevalsdefinitie van 2008 gebruikten en 3 landen gebruikten de EU-gevalsdefinitie van 2002. In totaal gebruikten 21 landen een gevalsdefinitie die de gevalsdefinitie van de EU dicht benaderde. Op basis van de verschillende gevalsdefinities rapporteerden 28 landen bevestigde gevallen, waaronder gevallen van acute hepatitis B in 27 landen. Chronische gevallen worden opgenomen in de meldingen van 17 landen, asymptomatische gevallen worden vaak weggelaten. 26 landen gaven aan gegevens op gevalsbasis te verzamelen op nationaal niveau, maar de analysefrequentie verschilt van land tot land. Basisgegevens (leeftijd, geslacht, woonplaats, aanvangsdatum van de ziekte, datum van de melding) worden verzameld in 26 landen, maar gedetailleerde gegevens over het epidemiologische risico en het effect van de ziekte ontbreken vaak.

Epidemiologie in Europa

Het aantal nieuwe gevallen per 100 000 inwoners in 2007, zoals gerapporteerd door 27 landen, varieert van 0 tot 15, met een gemiddelde van 1,5 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, ECDC, 2009). Het aantal gerapporteerde gevallen van HBV per 100 000 inwoners in de landen van de EU/EER is tussen 1995 en 2007 gedaald van 6,7 naar 1,5. Het is niet altijd eenvoudig om trends te volgen en vergelijkingen te maken tussen de landen, omdat de surveillancesystemen sterk verschillen en recente wijzigingen de gepresenteerde gegevens kunnen beïnvloeden.

De prevalentie van HBV onder de algemene bevolking verschilt aanzienlijk van land tot land, met een laag tot gemiddeld percentage HBsAg-dragers in Slowakije (1,6%), Italië (1%), België en Frankrijk (ca. 0,6%), Finland, Hongarije en het Verenigd Koninkrijk (minder dan 0,5%) en Bulgarije (3,8%). Zwangere vrouwen werden gescreend op HBV in 24 landen, maar niet in België, Bulgarije, Litouwen, Luxemburg en Roemenië. De prevalentie bij zwangere vrouwen varieert van 1,15% in Griekenland tot 0,14% in Finland. Er bestaan ook screeningprogramma's voor injecterende druggebruikers (15 van de 29 landen), gevangenen (11 landen), soa-patiënten (9 landen) en personen met meerdere seksuele partners (2 landen). In 8 landen was de gerapporteerde prevalentie van HBV hoger bij injecterende druggebruikers dan bij de algemene bevolking. De prevalentie bij injecterende druggebruikers varieert sterk, van 0,5% in Noorwegen tot 50% in Denemarken. In Denemarken en Duitsland was er een vergelijkbare prevalentie bij gezondheidswerkers en de algemene bevolking.

Screening en vaccinatie

In 22 landen liepen er universele vaccinatieprogramma's voor zuigelingen, kinderen en adolescenten. 7 landen (Denemarken, Finland, IJsland, Noorwegen, Zweden, Nederland en het Verenigd Koninkrijk) voerden selectieve vaccinatieprogramma's uit die gericht zijn op risicogroepen. Aanvullende preventieprogramma's voor verschillende risicogroepen waren gewoonlijk gericht op personen die een verhoogd risico op HBV lopen door beroepsgerelateerde blootstelling. Daarnaast zijn er tal van vaccinatieprogramma's voor risicogroepen. Slechts de helft van de landen met een systematisch vaccinatieprogramma gaf uiteenlopende dekkingsgraden aan, maar de dekkingsgraad bij kinderen van 1 tot 2 jaar blijkt meer dan 95% te zijn (behalve in Oostenrijk, Malta en Frankrijk).

Hepatitis C

Surveillance in Europa

Alle landen van de EU/EER gaven aan dat ze een meldingssysteem voor hepatitis C hebben opgezet (nationaal of gericht op een specifieke populatie). In 14 landen was er één specifiek surveillancesysteem, maar 15 landen gaven aan dat ze meerdere surveillancesystemen gebruiken om hepatitis C in de gaten te houden. De nationale surveillancedoelstellingen zijn zeer vergelijkbaar in de verschillende landen, maar de gevalsdefinities bleken niet altijd overeen te stemmen met de doelstellingen. 11 landen gaven aan dat zij de EU-gevalsdefinitie van 2008 gebruikten, 4 landen pasten de EU-gevalsdefinitie van 2002 toe. Toch verschilt de toepassing van de gevalsdefinities aanzienlijk in de lidstaten, voornamelijk wat de indeling van de gevallen betreft. Alle landen namen

bevestigde acute gevallen op in hun surveillancesystemen¹ en 18 landen namen er ook chronische gevallen in op. Sommige landen gaven aan dat zij de gevallen door elkaar verzamelden en dat er geen serologische markers beschikbaar waren om een onderscheid te maken tussen acute en chronische hepatitis C. Dit bemoeilijkt de interpretatie van de beschikbare gegevens uit de verschillende landen. 26 landen gaven aan gegevens op gevalsbasis te verzamelen op nationaal niveau, maar de analysefrequentie verschilt van land tot land. Naast klinische rapportage verzamelen 19 landen gegevens uit laboratoria als onderdeel van hun surveillancesysteem; in 10 landen maakt laboratoriumrapportage geen deel uit van het systeem. Basisgegevens (leeftijd, geslacht, woonplaats, aanvangsdatum van de ziekte, datum van de melding) worden verzameld in 26 landen, maar gedetailleerde gegevens over het epidemiologische risico en het effect van de ziekte ontbreken vaak. Onderrapportage blijkt veel voor te komen als gevolg van het asymptomatische karakter van de ziekte.

Epidemiologie in Europa

Het aantal nieuwe gevallen per 100 000 inwoners in 2007, zoals gerapporteerd door 27 lidstaten, varieert van 0 tot 36, met een gemiddelde incidentie van 6,9 gevallen per 100 000 (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm, ECDC, 2009). Het aantal gerapporteerde gevallen van HCV per 100 000 inwoners in de landen van de EU/EER is tussen 1995 en 2007 gestegen van 4,5 naar 6,9. Het vaststellen van trends en het vergelijken van gegevens tussen de landen is moeilijk en moet omzichtig gebeuren, omdat de surveillancesystemen sterk verschillen en recente wijzigingen de gerapporteerde gegevens kunnen beïnvloeden. Voor HCV wordt de interpretatie ook nog bemoeilijkt door het asymptomatische karakter van de infectie, waardoor de gerapporteerde aantallen soms eerder de gebruikte testmethoden dan de werkelijke incidentie weergeven, en doordat er geen onderscheid kan worden gemaakt tussen acute en chronische hepatitis.

Gegevens over de prevalentie van HCV bij de algemene bevolking zijn vrij schaars. De prevalentie varieert van 2,6% in Italië in 2007 tot 0,12% in België in 2003. Een relatief hoge prevalentie werd gerapporteerd door Bulgarije (1,2%) en Slowakije (1,56%). 11 lidstaten rapporteerden een prevalentiepercentage voor injecterende druggebruikers dat varieert van 25% tot 75%. In 2006-2007 rapporteerde Italië de laagste prevalentie (10,8-25,6%) en Noorwegen de hoogste (70%). De HCV-prevalentiegegevens zijn gebaseerd op serologische markers voor hepatitis C, maar dat geeft niet aan welk deel van de bevolking drager en dus infectieus is.

Preventie in Europa

De helft van de landen gaf aan dat ze screeningprogramma's voor risicogroepen hebben opgezet: 16 landen hebben programma's voor injecterende druggebruikers, 11 voor gevangenen. Het blijft onduidelijk of veel landen programma's hebben opgezet om de infectiegraad bij gezondheidswerkers in het oog te houden. Er blijkt behoefte te bestaan aan meer screeningprogramma's voor risicogroepen, voor moeilijk te bereiken populaties en voor de algemene bevolking, maar vooraleer maatregelen te nemen moet een grondig onderzoek worden uitgevoerd dat gebaseerd is op een kosteneffectiviteitsanalyse en de beschikbaarheid van doeltreffende behandelingen.

Besluit

In dit rapport worden gegevens over de surveillancesystemen en de preventieprogramma's voor hepatitis B en C in 29 EU/EER-landen gepresenteerd en geanalyseerd. Hoewel alle landen systemen hebben opgezet die gegevens verzamelen op nationaal niveau, verschillen deze systemen in de wijze waarop ze gevalsdefinities toepassen en gebruik maken van de verzamelde gegevens.

Omdat virale hepatitis een ziekte is die veel voorkomt maar vaak te weinig wordt gerapporteerd, probeert dit rapport een samenvatting te geven van de recentste beschikbare prevalentiegegevens op EU-niveau. De beschikbare surveillancegegevens harmoniseren om de gegevens van de verschillende landen beter te kunnen vergelijken, wordt een grote uitdaging voor de komende jaren.

¹ Bevestigde acute gevallen van hepatitis C werden in Frankrijk alleen onderzocht in 2006 en 2007 en voor een specifieke populatie, nl. met hiv besmette mannen die seks hebben met mannen.

ECDC-richtsnoeren

3 Volksgezondheidsaanpak ten aanzien van sporadische gevallen van invasieve meningokokkeninfecties en hun contacten

(Gepubliceerd in oktober 2010)

Neisseria meningitidis is een commensale bacterie die veel voorkomt in menselijk keelslijmvlies. Dit organisme kan ernstige invasieve meningokokkeninfecties veroorzaken, meestal in de vorm van meningitis, sepsis of beide. Helaas verschilt de volksgezondheidsaanpak ten aanzien van sporadische meningokokkeninfecties in Europa sterk van land tot land. Dit kan deels worden toegeschreven aan de onzekerheid die er bestaat over de doeltreffendheid van preventieve maatregelen.

Dit document heeft tot doel op wetenschappelijk bewijs gebaseerde richtsnoeren voor goede praktijken inzake de volksgezondheidsaanpak ten aanzien van sporadische gevallen van meningokokkeninfecties en hun contacten te verstrekken. Daarnaast beoogt het de landen in Europa te helpen bij het nemen van passende maatregelen ter bestrijding en preventie van meningokokkeninfecties op nationaal en sub-nationaal niveau. Deze richtsnoeren zouden de Europese landen ook moeten helpen in het beoordelen van hun beleid inzake de volksgezondheidsaanpak ten aanzien van meningokokkeninfecties en inzake de microbiologische diagnose ervan. De resultaten hierna bieden geen leidraad voor de aanpak bij blootstelling van gezondheidswerkers of bij uitbraken in een gemeenschap, maar bestrijken wel de volgende relevante gebieden:

- laboratoriumtests ter bevestiging van de diagnose van meningokokkeninfecties;
- gebruik van antibiotica bij ontslag uit het ziekenhuis;
- chemoprophylaxe voor nauwe contacten in verschillende omgevingen;
- keuze van antibiotica voor chemoprophylaxe voor verschillende groepen (volwassenen, kinderen, zwangere vrouwen);
- gebruik van een meningokokkenvaccin naast chemoprophylaxe.

In de conclusies wordt niet alleen rekening gehouden met de kwaliteit van het wetenschappelijk bewijs, maar ook met mogelijke voor- en nadelen, waarden, lasten en kosten.

Resultaten

De conclusies zijn gebaseerd op een systematische evaluatie en kritische beoordeling van het beste bewijsmateriaal dat thans beschikbaar is. Een uitgebreider overzicht is opgenomen in de hoofdtekst van het document.

1. Welke laboratoriumtests worden aangeraden voor een precieze (gevoelige, specifieke) en snelle diagnose van een meningokokkeninfectie?

Onderzoeksvraag: Wat zijn de meest gevoelige en specifieke laboratoriumtests ter bevestiging van de diagnose van een meningokokkeninfectie?

- Op basis van bewijsmateriaal van matige kwaliteit zouden de polymerasekettingreactie (PCR) en de kweek de meest aangewezen diagnostische tests zijn. Microbiologische laboratoria die meningokokkeninfecties diagnosticeren zouden, indien dit logistiek en economisch haalbaar is, toegang tot PCR-tests moeten hebben. In gevallen waar reeds gestart is met een antimicrobiële behandeling, zouden - op basis van bewijsmateriaal van matige kwaliteit - PCR-tests op huidbiopt/aspiraat als aanvullend monster naast bloed/cerebrospinale vloeistof (CSF) de diagnostische gevoeligheid bij patiënten met huidletsels verhogen.

2. Moeten antibiotica die nog niet zijn gebruikt voor de klinische behandeling worden toegediend aan een geval van meningokokkenna ontslag uit het ziekenhuis?

Onderzoeksvraag: Is het toedienen van antibiotica aan een geval van een meningokokkeninfectie een doeltreffende manier om dragerschap te elimineren en secundaire gevallen te voorkomen na ontslag uit het ziekenhuis, in vergelijking met het niet toedienen van antibiotica na ontslag?

- De kwaliteit van de bewijzen voor of tegen de toediening van antibiotica aan een geval van een meningokokkeninfectie na ontslag uit het ziekenhuis is heel laag. Op basis echter van bewijzen van matige kwaliteit voor de doeltreffendheid van verstrekking van chemoprophylaxe aan nauwe contacten en gezien de relatief lage kosten van de kuur, zouden antibiotica ter eliminatie van dragerschap moeten worden toegediend, indien ze nog niet zijn gebruikt voor de behandeling.

3. Moet chemoprophylaxe worden gegeven aan mensen die hebben samengewoond, of een vergelijkbare graad van contact hebben gehad, met een geval van een meningokokkeninfectie?

Onderzoeksvraag: Hoe doeltreffend is het om chemoprophylaxe te geven aan gezinscontacten van een geval van een meningokokkeninfectie, met het oog op de preventie van nieuwe gevallen bij deze contacten?

- Op basis van bewijzen van matige kwaliteit uit observationele studies zouden gezinscontacten van een geval van meningokokkeninfectie chemoprophylaxe moeten krijgen met een antibioticakuur ter eliminatie van dragerschap.

4. Moet chemoprophylaxe worden gegeven aan kinderen, leerlingen of studenten die naar dezelfde school of universiteit gaan als een geval van een meningokokkeninfectie?

Onderzoeksvraag: Hoe doeltreffend is het om chemoprophylaxe te geven aan contacten van een geval van een meningokokkeninfectie in een school- of universiteitsomgeving, met het oog op het voorkomen van nieuwe gevallen?

- Op basis van bewijsmateriaal van lage kwaliteit zouden peuters of kleuters die naar dezelfde school gaan als een geval van een meningokokkeninfectie chemoprophylaxe moeten krijgen, voor zover een risicobeoordeling dit rechtvaardigt. Voor oudere kinderen zou het naar dezelfde school of universiteit gaan als een geval van een meningokokkeninfectie op zich geen indicatie voor chemoprophylaxe zijn.

5. Moet chemoprophylaxe worden gegeven aan mensen die een glas hebben gedeeld met een geval van een meningokokkeninfectie?

Onderzoeksvraag: Hoe doeltreffend is het om chemoprophylaxe te geven aan mensen die hetzelfde glas hebben gebruikt (of een vergelijkbaar contact hebben gehad, bv. een sigaret of bestek hebben gedeeld) met een geval van een meningokokkeninfectie, met het oog op het voorkomen van nieuwe gevallen bij deze contacten?

- Op basis van bewijsmateriaal van lage kwaliteit zou het gezamenlijk gebruik van een glas of sigaret of een vergelijkbaar contact met een geval van een meningokokkeninfectie op zich geen indicatie voor chemoprophylaxe zijn.

6. Moet chemoprophylaxe worden gegeven aan mensen die een vervoermiddel (bv. vliegtuig, boot, bus, auto) hebben gedeeld met een geval van een meningokokkeninfectie?

Onderzoeksvraag: Hoe doeltreffend is het om chemoprophylaxe te geven aan mensen die een vervoermiddel hebben gedeeld met een geval van een meningokokkeninfectie, met het oog op de preventie van nieuwe gevallen bij deze contacten?

- Het thans beschikbare bewijsmateriaal is van zeer lage kwaliteit. Op basis van dit bewijsmateriaal kan het overdrachtsrisico in verschillende vervoersomgevingen niet worden gekwantificeerd. Er zijn geen secundaire gevallen bevestigd voor een dergelijke omgeving. Samen met een geval van een meningokokkeninfectiegebruik maken van een en hetzelfde vervoermiddel zou daarom op zich geen indicatie voor chemoprophylaxe zijn.

7. Welke antibioticakuren moeten worden aangeraden voor chemoprophylaxe bij volwassenen, kinderen en zwangere vrouwen?

Onderzoeksvraag: Welke antibioticakuren zijn het doeltreffendst om dragerschap te elimineren bij volwassenen, kinderen en zwangere vrouwen?

- Op basis van bewijsmateriaal van matige tot hoge kwaliteit kunnen rifampicine, ciprofloxacin, ceftriaxon, azitromycine en cefixim worden gebruikt als profylaxe bij volwassenen en kinderen. Al deze middelen blijken even doeltreffend te zijn, maar ciprofloxacin, azitromycine en ceftriaxon kunnen als eenmalige dosis worden toegediend. Er is resistentieontwikkeling gerapporteerd na het gebruik van rifampicine.

8. Moet aan de contacten van een geval van een meningokokkeninfectie chemoprophylaxe krijgen ook, in voorkomend geval, een meningokokkenvaccin worden toegediend?

Onderzoeksvraag: Hoe doeltreffend is vaccinatie als aanvulling op chemoprophylaxe bij gezinscontacten van een geval van een meningokokkeninfectie, met het oog op het voorkomen van nieuwe gevallen bij deze contacten?

- De kwaliteit van het thans beschikbare bewijsmateriaal is heel laag en de volgende conclusies zijn gebaseerd op indirecte bewijzen. Indien een geval van meningokokkenziekte wordt veroorzaakt door een stam die kan worden voorkomen door een beschikbaar geregistreerd vaccin, dient vaccinatie als aanvulling op chemoprophylaxe te worden aangeboden aan gezinscontacten, tenzij zij reeds immuun worden geacht.

4 Hiv-tests: aanvaarding en doeltreffendheid in de Europese Unie vergroten

(Gepubliceerd in oktober 2010)

Werkingsgebied en doel van de richtsnoeren

Dit document bevat op wetenschappelijk bewijs gebaseerde richtsnoeren ter ondersteuning van de ontwikkeling, controle en evaluatie van nationale hiv-teststrategieën of -programma's in de landen van de Europese Unie (EU) en de Europese Economische Ruimte (EER).

Waarom zijn hiv-tests belangrijk?

In heel Europa blijft het aantal met hiv besmette mensen stijgen en in veel landen is er een probleem van laattijdige diagnose. Hoewel er sterke aanwijzingen zijn dat een vroegtijdige behandeling de morbiditeit en mortaliteit verkleint, wordt bij veel mensen met hiv de diagnose pas gesteld als de infectie in een vergevorderd stadium is. Aangezien een hiv-infectie gedurende vele jaren vrijwel zonder symptomen kan blijven, is testen de enige manier om een vroegtijdige diagnose te stellen, zodat behandeling en zorg tijdig kunnen worden gestart. Mensen bij wie hiv vroegtijdig is gediagnosticeerd zouden het virus minder gemakkelijk overdragen op anderen, doordat ze minder besmettelijk zijn na een behandeling en omdat ze hun gedrag inzake seksuele contacten en het injecteren van drugs aanpassen. De overdracht van moeder op kind kan effectief worden voorkomen door zwangere vrouwen te testen op hiv en zo nodig te behandelen. Het vroegtijdig diagnosticeren van hiv biedt dus grote voordelen, zowel voor het individu als voor de gemeenschap, en is een prioriteit van essentieel belang voor de volksgezondheid.

Basisbeginselen van nationale hiv-teststrategieën

Hiv-tests moeten worden uitgevoerd op basis van vrijwilligheid en vertrouwelijkheid, en na toestemming met kennis van zaken

Iedereen moet gemakkelijk toegang hebben tot vrijwillige tests en er dienen speciale inspanningen te worden gedaan voor de groepen die het grootste risico lopen op hiv en het meest kwetsbaar zijn voor hiv. Hierbij horen ook de mensen die verborgen of gemarginaliseerd leven in de maatschappij; zij moeten worden aangemoedigd om de tests te laten uitvoeren zonder dwang of inbreuk op de vertrouwelijkheid.

Toegang tot behandeling, zorg en preventiediensten waarborgen

Het belangrijkste voordeel van hiv-tests is de toegang tot behandeling. Het verstrekken van universele toegang tot behandeling en zorg en tot preventie- en ondersteuningsdiensten, met duidelijke verwijzingskanalen, moet een hoeksteen vormen van de nationale hiv-teststrategieën.

Blijk geven van politieke betrokkenheid

Het hiv-testprogramma kan slechts effect hebben als de overheid er prioriteit aan verleent. Het moet financieel worden ondersteund en er moet op worden toegezien dat de middelen op een kosteneffectieve wijze worden aangewend.

Stigmatisering verminderen

Het stigma dat nog steeds aan hiv kleeft vormt een obstakel voor de tests, vooral bij de gemeenschappen die al gestigmatiseerd zijn en bij de gezondheidswerkers. Dat kan worden tegengegaan door het testproces te "normaliseren", bv. door het meer te laten lijken op dat van andere screenings- en diagnostische tests, evenwel zonder de vrijwilligheid in het gedrag te brengen.

Wettelijke en financiële obstakels wegwerken

Bij teststrategieën moeten manieren worden gevonden om wettelijke en financiële belemmeringen ten aanzien van de tests op te heffen. Mogelijke obstakels zijn de strafbaarstelling van hiv-overdracht en de eis tot betaling van een dure behandeling. Met uitzondering van de verplichte tests bij bloed- en weefseldonaties, zou een anti-discriminatie wetgeving en -beleid ter voorkoming van verplichte tests voor bepaalde groepen in bepaalde omgevingen moeten worden overwogen.

Toegang tot hiv-tests integreren in nationale strategieën

Nationale strategieën voor de preventie en behandeling van hiv, andere seksueel overdraagbare infecties (soa), virale hepatitis, tuberculose en andere hiv-indicatorziekten moeten als hoofdonderdeel een hiv-testprogramma bevatten dat gericht is op de juiste doelgroepen. Het bevorderen van de toegang tot en de aanvaarding van vrijwillige en vertrouwelijke hiv-tests zou ook deel moeten uitmaken van andere relevante nationale strategieën die bijvoorbeeld gericht zijn op zwangere vrouwen, druggebruikers, sekswerkers of zorgverleners in gevangenis.

Een hiv-teststrategie ontwikkelen en uitvoeren in samenwerking met de belanghebbenden

De beschikbare informatie over hiv en hiv-gerelateerde vraagstukken dient nationaal en lokaal te worden gebruikt om duidelijk te maken wat er moet worden bereikt en wat de prioriteiten zijn. Dit moet dan worden samengevat in een reeks strategische doelstellingen, zodat alle betrokkenen en getroffen personen hetzelfde inzicht delen. Voor het

ontwikkelen van de strategie moeten alle belangrijke belanghebbenden samenwerken om een coalitie rond gedeelde doelstellingen op te bouwen: mensen met hiv, vertegenwoordigers van de meest getroffen gemeenschappen, het maatschappelijke middenveld, preventieorganen, zorgverleners die deskundig zijn op het gebied van hiv-tests en anderen die bijdragen aan de uitvoering van de strategie.

Een nationale hiv-teststrategie ontwikkelen

Wie testen?

Ken je epidemie en bepaal welke groepen het grootste risico lopen. Een doeltreffende nationale aanpak van hiv-tests moet steunen op kennis over de epidemie op lokaal en nationaal niveau. Met testprogramma's moet worden geprobeerd diegenen die risico lopen op een infectie te bereiken en prioriteit te geven aan hen die het grootste risico lopen.

Beoordeel surveillancegegevens en andere relevante informatie, bv. over niet of laattijdig gediagnosticeerde hiv, om inzicht te krijgen in de epidemie en in tijdsgebonden trends op regionaal en nationaal niveau. Sommige groepen lopen een bijzonder risico op hiv, zoals mannen die seks hebben met mannen, injecterende druggebruikers, migranten (met name uit landen met een hogere prevalentie), de seksuele partners van de personen die tot deze groepen behoren en de kinderen van hiv-positieve moeders. Deze subpopulaties en/of het risico dat ze lopen, worden vaak onder de tafel geschoven en gestigmatiseerd. Er zullen speciale onderzoeken moeten worden verricht naar de incidentie van hiv en het aantal hiv-tests bij deze groepen, en naar relevante kennis, opvattingen en gedragingen, zodat acties om de acceptatie van hiv-tests te vergroten kunnen worden onderbouwd.

Aanvullende gegevens over andere seksueel overdraagbare ziekten en over het seksueel gedrag en het injecteren van drugs bij de algemene bevolking en bij hiv-risicogroepen dienen eveneens te worden beoordeeld.

Waar testen?

Het logistieke aspect bekijken

Plan hoe het hiv-testprogramma moet worden uitgevoerd en pak de logistieke problemen aan. Die kunnen betrekking hebben op de wijze waarop de gezondheidszorg wordt verstrekt, de eventuele toegang tot gratis gezondheidszorg, de paraatheid van de gemeenschapsdiensten, counseling en ondersteuning, de aanwezigheid van kanalen die toegang bieden tot hiv-behandeling en de garantie van vertrouwelijkheid.

Tests beschikbaar maken in verschillende contexten

Gebruik de kennis over de epidemie en de risicogroepen om bewuste keuzen te maken over de plaatsen waar hiv-tests zullen worden aangeboden. Ga ook na wie thans toegang heeft tot hiv-tests en in welke omgevingen. Gezien de uiteenlopende behoeften en de obstakels ten aanzien van de tests moet maximale toegang worden geboden door een veelheid aan diensten. Bepaal welke acties nodig zijn om nieuwe diensten op te zetten of andere werkwijzen in te voeren in bestaande zorgomgevingen of gemeenschapsdiensten. Beoordeel of voorschriften die het uitvoeren van tests in gemeenschapsomgevingen belemmeren, zoals de toepassing van tests aan het ziekbed, of de vereiste dat de tests alleen mogen worden uitgevoerd door specifieke zorgverleners, kunnen worden versoepeld zonder dat de testkwaliteit in het gedrang komt.

Hiv-tests aanbieden

- Specifieke hiv-testdiensten die gemakkelijk en veilig toegang bieden tot hiv-tests, al dan niet in combinatie met andere tests.
- Omgevingen waar hiv-tests algemeen zouden moeten worden aangeboden: diensten voor risicogroepen (mensen met seksueel overdraagbare infecties, injecterende druggebruikers), prenatale diensten, diensten voor klinische diagnose en aanpak van hiv-indicatorziekten, en andere omgevingen waar de prevalentie van niet-gediagnosticeerde hiv bekend is of hoog wordt geacht.
- Alle overige zorgomgevingen waar mensen om tests kunnen vragen of waar zorgverleners bereid dienen te zijn ze aan te bieden en alert dienen te zijn op de noodzaak daartoe.
- Testlocaties in de gemeenschap, zoals welzijnsdiensten, om mensen met een hoog risico op hiv te bereiken die verborgen of gemarginaliseerd zijn en geen contact hebben met de traditionele gezondheidszorg. De doelgroepen zouden moeten worden betrokken bij het opzetten van deze diensten.

Wanneer testen?

Advies verstrekken over de testfrequentie

Een hogere testfrequentie is aangewezen voor mensen die risicogedrag vertonen. Zo adviseren sommige landen dat mannen die seks hebben met mannen zich jaarlijks of vaker laten testen, afhankelijk van hun seksueel gedrag. In een recent richtsnoer van het Europees Waarnemingscentrum voor drugs en drugsverslaving (EMCDDA) wordt aangeraden om regelmatig, ten minste om de zes tot twaalf maanden, tests aan te bieden aan injecterende druggebruikers.

Hoe testen?

Bewustzijn bij het publiek vergroten

De mensen, en met name de risicogroepen, zullen hiv-tests alleen accepteren en erom vragen als ze de voordelen ervan begrijpen. De communicatie over de tests moet strategisch worden aangepakt, met gebruikmaking van verschillende kanalen. Zichtbare ondersteuning op hoog niveau door opiniemakers zoals politici, gemeenschapsleiders en beroemdheden, alsook ondersteunende en accurate berichtgeving door de media kunnen worden gebruikt om het bewustzijn bij het publiek te vergroten.

Vertrouwelijkheid waarborgen

Vertrouwelijkheid, een fundamenteel principe in de gezondheidszorg, is van kritiek belang bij hiv-tests, omdat er een stigma kleeft aan hiv en aan het gedrag waardoor hiv kan worden overgedragen. Relevante professionele richtsnoeren en nationale wettelijke voorschriften dienen te worden gevolgd. Een gebrek aan vertrouwen kan een barrière vormen voor de toegang tot hiv-testdiensten. Deze barrière kan worden overwonnen door een duidelijk vertrouwelijkheidsbeleid, waarrond publiciteit wordt gemaakt in de testomgevingen. Hiv-tests moeten altijd onder vier ogen worden aangeboden en besproken. Anonieme tests moeten mogelijk zijn.

Gezondheidswerkers bewuster maken en opleiden

Het bewustzijn van de gezondheidswerkers en het vertrouwen en de bekwaamheid waarmee ze hiv-tests aanbieden, kunnen worden vergroot door een aangepaste opleiding. Hiv-tests kunnen worden uitgevoerd door elke gezondheidswerker die behoorlijk is opgeleid en over de nodige vaardigheden beschikt. Om meer hiv-tests te kunnen aanbieden, moeten meer gezondheidswerkers voldoende vertrouwen en bekwaamheid bezitten om ze uit te voeren. Met de nodige opleiding en kwaliteitsborging zouden ook niet-gezondheidswerkers hiv-tests kunnen aanbieden. De gezondheidswerkers moeten de voordelen van hiv-tests begrijpen en de obstakels overwinnen die verhinderen dat ze de tests kunnen en willen aanbieden. Deze obstakels zijn onder andere een gebrek aan vertrouwen, de moeilijkheid om over seks of gestigmatiseerd gedrag te praten, de angst om een positief testresultaat mee te delen en de discriminerende opvattingen over mensen die risico op hiv lopen of door hiv besmet zijn.

Vorbereidend gesprek

Er is gebleken dat een kort voorbereidend gesprek over de voordelen van de test en over de praktische regelingen voor het uitvoeren van de test en het meedelen van de resultaten, een aanvaardbaar en doeltreffend hulpmiddel is om de acceptatie van de tests te vergroten. Het belangrijkste doel van dit gesprek is dat toestemming voor de test wordt gegeven met kennis van zaken. Deze toestemming moet worden opgetekend maar hoeft niet per se te worden ondertekend. Dit is in overeenstemming met andere medische onderzoeken en draagt bij aan de normalisatie van hiv-tests. Een hiv-test mag worden aangeboden zonder een gedetailleerde voorgeschiedenis van seksuele contacten en injectiegedrag. Voor sommige personen of in omgevingen waar seksuele gezondheid en/of druggebruik tot het actieterrein van de diensten behoren, kan een korte risicobeoordeling of een uitgebreidere counseling voorafgaand aan de test wel aangewezen zijn, bv. bij blijvende blootstelling aan het risico. Deze mogelijkheid moet altijd beschikbaar zijn en het personeel dient te weten hoe het mensen naar deskundige counselors kan verwijzen.

Geschikte testtechnieken gebruiken

Bepaal welke hiv-tests beschikbaar zijn en beoordeel hun respectieve voordelen in verschillende contexten, met inbegrip van snelle tests (aan het ziekbed). De testtechnieken evolueren constant en er dient een beroep te worden gedaan op deskundig advies om het testaanbod regelmatig te evalueren. Alle reactieve tests moeten worden bevestigd en de WGO-richtsnoeren ter zake moeten worden gevolgd. Nationale richtsnoeren voor het toepassen van een minimale kwaliteitsborgingsnorm voor diagnostische tests zijn een noodzakelijke voorwaarde voor werkwijzen van hoge kwaliteit en methodologische standaardisatie en betrouwbaarheid.

Resultaten altijd meedelen

Alles moet in het werk worden gesteld om ervoor te zorgen dat mensen die een hiv-test hebben ondergaan steeds worden geïnformeerd over het resultaat, ongeacht of dit positief dan wel negatief is. Wanneer een positief resultaat wordt meegedeeld, dient er personeel beschikbaar te zijn voor counseling na de test en dienen er verwijzingscontacten voorhanden te zijn naar hiv-behandelings- en -ondersteuningsdiensten. Mensen met een hoog hiv-risico die een negatief testresultaat krijgen, kunnen ook baat hebben bij counseling en verwijzing naar de juiste preventiediensten.

Toegang tot hiv-behandeling, -zorg en -preventie waarborgen

Toegang tot antiretrovirale therapie

Het is van essentieel belang dat alle hiv-testprogramma's duidelijke mechanismen bevatten die ervoor zorgen dat mensen die een positieve testuitslag hebben hiv-behandeling en -zorg krijgen. Er zou in heel Europa universele toegang tot antiretrovirale therapie moeten zijn. Wie de behandeling niet kan betalen, mag er niet van worden uitgesloten en er moeten oplossingen worden gevonden om dit obstakel voor universele toegang weg te werken. In alle hiv-testlocaties moeten verwijzingskanalen beschikbaar zijn, zodat mensen snel een deskundige kunnen raadplegen nadat hun een positief hiv-testresultaat is meegedeeld. Tijdens deze raadpleging dient te worden

beoordeeld wanneer het beste met de antiretrovirale therapie wordt gestart en welke andere zorg- en ondersteuningsbehoeften er zijn op sociaal en gezondheidsgebied.

Toegang tot psychosociale ondersteuning en preventiediensten

Psychosociale ondersteuning moet onmiddellijk toegankelijk zijn na een positief testresultaat. Voor mensen wier test positief uitvalt moet de verwijzing naar deskundige zorg ook de toegang tot ondersteuning voor de preventie van verdere hiv-overdracht inhouden. Voor mensen met een negatief testresultaat moet de verwijzing naar counseling en ondersteuning voor hiv-preventie ook beschikbaar zijn als er een belangrijk blijvend risico voor blootstelling bestaat of op eigen verzoek.

Vervolgcontrole en -evaluatie

Controle en evaluatie vormen een essentieel onderdeel van een hiv-testprogramma en garanderen dat het programma geschikt is voor het beoogde doel en hiv-tests van hoge kwaliteit oplevert. Een goed opgezet controle- en evaluatiesysteem ondersteunt de beleidsmaatregelen, verbetert de kwaliteit en doeltreffendheid van de tests en biedt daardoor een leidraad voor de toekomstige toewijzing van middelen voor het programma. Nationale surveillancegegevens betreffen onder andere nieuwe diagnoses en te late aanmeldingen. Ramingen van de niet-gediagnosticeerde gevallen zijn belangrijk om het effect van een programma na te gaan. Een uitbreiding van het testprogramma naar nieuwe omgevingen vereist een degelijke controle en evaluatie als waarborg voor hiv-tests van hoge kwaliteit. Het succes van lokale initiatieven ter bevordering van hiv-tests kan worden beoordeeld aan de hand van vijf criteria: haalbaarheid, mate van acceptatie, doeltreffendheid/kosteneffectiviteit, bereiken van de doelgroepen en duurzaamheid. Duidelijke, welomlijnde en meetbare indicatoren kunnen helpen bij de controle van deze criteria en een standaardmethode bieden voor het rapporteren van bevindingen op lokaal, nationaal en internationaal niveau.

Surveillancerapporten

5 Surveillance van tuberculose 2008

(Gepubliceerd in maart 2010)

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 plus Liechtenstein.

Europese regio van de WGO

Voor 2008 werden 461 645 gevallen van tbc (52,2 per 100 000 inwoners) gerapporteerd door 50 van de 54 landen van de Europese regio², d.i. ongeveer 6% van alle tbc-gevallen die wereldwijd aan de WGO zijn gemeld. Het totale aantal meldingen van tbc in de Europese regio vertoont een stijgende tendens sinds 2004. Het aantal meldingen in de 18 hoge prioriteitslanden³ is in vergelijking met het voorgaande jaar echter met 3,9% gedaald tot 87,6% van alle tbc-gevallen en in de hele regio is het totale aantal meldingen met 2,6% gedaald tussen 2007 en 2008. Het aantal meldingen van nieuw gedetecteerde gevallen van tbc is met 4% gedaald tegenover 2007, wat erop wijst dat de verspreiding van tbc in de Europese regio afgenomen is. Het percentage eerder behandelde gevallen is sinds 2007 ook gedaald van 31,7% naar 29,8%.

De leeftijdsgroep met het hoogste aantal (42,0%) nieuw gedetecteerde gevallen van tbc in de regio is 25-44 jaar.

Het aantal gerapporteerde tbc-gevallen met een hiv-co-infectie is nagenoeg verdubbeld, van 5 828 in 2006 tot 11 395 in 2008, doordat meer tests worden uitgevoerd in het kader van een intensievere hiv-zorgverlening voor tbc-patiënten in de hoge prioriteitslanden. In dezelfde periode was er geen noemenswaardige toename van het aantal gerapporteerde hiv-co-infecties buiten de hoge prioriteitslanden.

In de hele regio is het totale aantal gerapporteerde gevallen van multiresistente tbc in 2008 verdubbeld tegenover het voorgaande jaar, als gevolg van verbeterde gevoeligheidstests. De prevalentie van multiresistente tbc bij nieuwe tbc-gevallen bedroeg 11,1%. De meeste gevallen van multiresistente tbc werden vastgesteld in de hoge prioriteitslanden, met een prevalentie van 13,8% bij de nieuw gediagnosticeerde gevallen, d.i. vijfmaal de gerapporteerde prevalentie in de EU/EER, en van meer dan 50% bij de eerder behandelde gevallen, ruim dubbel zoveel als in de EU/EER.

In 2007 werd 70,7% van de door laboratoriumtests bevestigde nieuw gedetecteerde tbc-gevallen met succes behandeld (tegenover 73,1% van de in 2006 geregistreerde gevallen); bij 9,0% van de patiënten mislukte de behandeling, 8,4% overleed en 6,9% onderbrak de behandeling. In de niet-EU/EER-landen was het succespercentage van de behandelingen lager dan in de landen van de EU/EER:

67,5% tegenover 79,5%. In de 18 hoge prioriteitslanden werd slechts 69,2% van de door laboratoriumtests bevestigde nieuw gedetecteerde tbc-gevallen met succes behandeld, wat ver onder het streefcijfer van de "Stop tbc"-strategie (85%) blijft.

De tbc-mortaliteit is met 45% gedaald van 9,0 per 100 000 inwoners in 2005 naar 5,0 per 100 000 inwoners in 2007. Vergelijkbare proportionele dalingen werden vastgesteld in zowel de EU/EER-landen als de hoge prioriteitslanden. Toch bleef het sterftecijfer in de hoge prioriteitslanden nagenoeg vijftienmaal hoger dan in de EU/EER.

Landen van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte⁴

Voor 2008 werden 82 611 gevallen van tbc gerapporteerd door 26 landen van de Europese Unie (EU) (alle landen behalve Oostenrijk) en 2 landen van de Europese Economische Ruimte (EER) (IJsland en Noorwegen), d.i. 615 gevallen minder dan in 2007. Meer dan 80% van de gevallen deden zich voor in de 8 landen die 3 000 gevallen of meer rapporteerden (Bulgarije, Frankrijk, Duitsland, Italië, Polen, Roemenië, Spanje en het Verenigd Koninkrijk).

Het globale aantal meldingen in 2008 bedroeg 16,7 per 100 000: minder dan 20 per 100 000 in 21 landen en meer dan 20 per 100 000 in Roemenië (115,1), de Baltische staten (Litouwen (66,8), Letland (47,1), Estland (33,1)),

² Geen gegevens van Monaco, San Marino, Oostenrijk of Liechtenstein. Liechtenstein is opgenomen in dit rapport, maar alleen als land van de EER aangezien het niet behoort tot de lidstaten van de Europese regio van de WGO.

³ Armenië, Azerbeidzjan, Bulgarije, Estland, Georgië, Kazachstan, Kirgizië, Letland, Litouwen, Moldavië, Oekraïne, Oezbekistan, Roemenië, Rusland, Tadzjikistan, Turkije, Turkmenistan, Wit-Rusland.

⁴ De 27 EU-lidstaten plus IJsland, Liechtenstein en Noorwegen.

Bulgarije (41,2), Portugal (28,2) en Polen (21,2). Het globale aantal meldingen lag 1,2% lager dan in 2007 (voor de 28 rapporterende landen), met een duidelijk neerwaartse tendens in 17 landen.

Een aanzienlijke toename werd evenwel vastgesteld in Malta (28,8%), IJsland (19,8%) en Cyprus (12,2%), en een lichtere toename in Zweden (4,9%) en het Verenigd Koninkrijk (2,8%), vooral bij allochtonen. In 2008 deed 22,4% van de gevallen (variatie tussen de landen: 0–88%) zich voor bij allochtonen, van wie ruim twee derde afkomstig was uit Azië of Afrika.

De prevalentie van hiv bij tbc-gevallen nam toe tussen 2006 en 2008 in Estland (van 9,0% naar 9,9%), Letland (van 3,4% naar 6,7%) en Malta (van 3,7% naar 9,4%). In de overige landen die cijfers indienden bedroeg de prevalentie van hiv bij tbc-gevallen 1% of minder in 6 landen, 2-5% in 3 landen, 5-8% in 2 landen en 14,6% in 1 land.

De frequentie van multiresistentie bleef het grootst in de Baltische staten (gecombineerde multiresistentie: 15,6-21,3%) en Roemenië, dat voor het eerst resultaten rapporteerde (14,7%). De overige landen rapporteerden een lagere multiresistentie (0-5%), met over het algemeen een grotere frequentie bij allochtonen. Van de 14 landen die extensieve resistentie meldden, telde Roemenië het grootste aantal gevallen (54 in totaal). In Letland en Estland was het percentage gevallen van extensieve resistentie onder de gevallen van multiresistentie het hoogst (respectievelijk 14,7% en 12,2%), waarbij in Letland het aantal gevallen van extensieve resistentie sterk was gestegen in vergelijking met 2007: van 6 naar 19 (van 6,1% naar 14,7%).

22 landen rapporteerden in 2007 gegevens betreffende de behandelingsresultaten voor bevestigde gevallen van pulmonaire tbc. Bij 79,5% van de eerder onbehandelde, door kweek bevestigde gevallen van tbc was de behandeling een succes. Het succespercentage was aanzienlijk lager bij eerder behandelde gevallen van tbc (51,8%) en bij multiresistente, door kweek bevestigde gevallen van pulmonaire tbc na 24 maanden (30,9%).

6 Surveillance van influenza in Europa 2008-2009 – Week 40/2008 tot week 39/2009

(Gepubliceerd in mei 2010)

Het griepseizoen 2008-2009 begon in Europa in week 48/2008, duurde ongeveer 10 weken in alle getroffen landen en eindigde in week 16/2009, nadat de piekactiviteit zich over het continent had verspreid van west naar oost. De wekelijks door peilstationartsen afgenomen (sub)typespecifieke influenzazopositieve monsters vertoonden twee overlappende pieken, waarbij het aanvankelijk dominante influenza A(H3N2)-virus na week 8/2009 werd vervangen door het influenza B-virus als meest prevalentie virus. De circulerende virussen influenza A(H3N2) en A(H1N1) bleken een nauwe antigene verwantschap te vertonen met de overeenkomstige componenten van het in 2008-2009 in het noordelijke halfrond gebruikte griepvaccin, terwijl de meeste geïsoleerde B-virussen behoorden tot de Victoria-lijn en niet overeenstemden met de component van het B-vaccin, een virus van de Yamagata-lijn. Aangezien echter de prevalentie van B-virussen tijdens dit seizoen relatief laag was, had deze discrepantie waarschijnlijk geen bijzondere betekenis voor de volksgezondheid.

De eerste gevallen van de A(H1N1)-griepvaccinatie van 2009 deden zich in Europa voor in week 16/2009. Tegen week 39 waren er 53 658 bevestigde gevallen gerapporteerd door de EU-lidstaten plus IJsland, Liechtenstein en Noorwegen, met 175 overlijdens in 14 landen. Uit de op gevalsbasis verzamelde gegevens bleek dat de patiënten 0 tot 90 jaar oud waren (mediaan: 19 jaar); 78% was jonger dan 30 jaar en schoolkinderen tussen 5 en 19 jaar vertegenwoordigden 47% van alle gevallen. In de overgrote meerderheid van de gevallen (96%) was er geen onderliggende aandoening bekend. Bij de gevallen met een onderliggende aandoening was chronische longziekte de meest gerapporteerde onderliggende aandoening (30%). Longontsteking werd vermeld als een complicatie bij 0,6% van de pandemische influenza-infecties, het percentage ziekenhuisopnames bedroeg 13% en 0,03% van de gerapporteerde gevallen overleed.

Het geïntegreerde Europees netwerk voor de klinische en virologische surveillance van influenza (EISN) bleek doeltreffend te zijn in het tijdig detecteren van het begin van het griepseizoen 2008-2009, het nauwlettend volgen van het verloop ervan en het karakteriseren van de belangrijkste virologische kenmerken. De eerste pandemische influenzavirussen die in 2009 werden gedetecteerd bij patiënten van niet-peilstations en peilstations werden bevestigd binnen respectievelijk één week en drie weken, nadat de eerste gevallen in Europa ziek waren geworden. De peilstation surveillance van griepachtige ziekten (ILI) en acute infecties van de luchtwegen (ARI) detecteerde echter slechts een duidelijke toename na tien weken. Zelfs in week 39/2009, toen er al gevallen van pandemische influenza waren gerapporteerd door alle EU-lidstaten plus IJsland, Liechtenstein en Noorwegen, hadden slechts negen van de 29 landen die bij het EISN rapporteren een abnormaal hoge ILI/ARI-activiteit vastgesteld.

Niet alleen zou een hogere gevoeligheid kunnen worden bereikt met een groter aantal peilstationartsen, maar ook andere systematische tekortkomingen dienen te worden aangepakt. Er wordt voorgesteld het influenza surveillancesysteem in Europa als volgt te veranderen:

- de gestandaardiseerde rapportage van de intensiteit, de geografische verspreiding en de tendensen van ILI en ARI verder bevorderen;
- de surveillance van ILI en ARI uitbreiden met een surveillance van ernstige acute infecties van de luchtwegen (SARI);
- gestandaardiseerde epidemiedrempels invoeren voor de peilstation surveillance van ILI/ARI;
- de surveillance van de sterfte in het algemeen (ongeacht de oorzaak) verder ontwikkelen op Europees niveau en de resultaten regelmatig publiek beschikbaar maken.

7 Surveillance van invasieve bacteriële ziekten in Europa 2007

(Gepubliceerd in oktober 2010)

Dit rapport geeft een beschrijving van de epidemiologie van invasieve bacteriële ziekten door *Haemophilus influenzae* en *Neisseria meningitidis* in de lidstaten van de Europese Unie (EU) in 2007. Aangewezen nationale contactpunten werden verzocht om gegevens in te dienen met behulp van de herziene versie van de dataset voor invasieve bacteriële infecties (IBI) die in 2008 was ontwikkeld op basis van de vroegere EU-IBIS-databank. Deze dataset bevat op gevalsbasis verzamelde informatie over epidemiologische en laboratoriumvariabelen en is verdeeld in een kernset van variabelen die van toepassing zijn op alle meldingsplichtige ziekten in de EU en een verbeterde dataset van specifieke variabelen voor invasieve ziekte door *Haemophilus influenzae* en invasieve meningokokken. Om het indienen van gegevens te vergemakkelijken hebben de lidstaten online een opleiding gekregen in juni 2008 en werden voorafgaandelijk aanvullende opleidingsvideo's en andere materialen beschikbaar gesteld.

27 van de 30 lidstaten van de EU/EER dienden gegevens over invasieve ziekte door *Haemophilus influenzae* in en 29 lidstaten dienden gegevens over invasieve meningokokken in.

Invasieve ziekte door *Haemophilus influenzae*

- In totaal werden 2 058 gevallen van invasieve ziekte door *Haemophilus influenzae* gerapporteerd in 2007. Het aantal meldingen varieerde van lidstaat tot lidstaat en was hoger - met een constant stijgende tendens - in de Scandinavische landen dan in de rest van Europa. De meeste landen bleven echter onder 1 geval per 100 000 inwoners. Het hoogste aantal meldingen werd gerapporteerd voor zuigelingen jonger dan 1 jaar (3 per 100 000, 118 gevallen). Bij zuigelingen was er van 1999 tot 2007 een sterk dalende tendens voor serotype b (van 3 per 100 000 naar 1 per 100 000), maar een stijgende tendens voor niet-ingekapselde stammen (van 1,5 per 100 000 naar 2,5 per 100 000).
- 67 procent van alle in 2007 gerapporteerde gevallen van invasieve ziekte door *H. influenzae* waren te wijten aan niet-ingekapselde stammen. De stijging van het met de jaren gerapporteerde aantal niet-ingekapselde stammen zou deels kunnen worden toegeschreven aan een verbeterde vaststellingsmethode en een verhoogde gevoeligheid van de surveillancesystemen, die in verscheidene lidstaten ook zijn gedocumenteerd. Daarnaast is er echter de voorbije jaren in de EU een reële toename vastgesteld van het aantal gemelde serotypes dat niet wordt gedekt door het vaccin (niet-b-stammen en niet-ingekapselde stammen). De introductie van het conjugaatvaccin tegen *H. influenzae* type b (Hib), en de ermee gepaard gaande vermindering van Hib-ziekte, heeft geleid tot een toename van het aantal invasieve infecties door *H. influenzae* dat toe te schrijven is aan niet-b-stammen. Anders dan bij de vaccinatie met geconjugeerde pneumokokkenvaccins bestaan er echter geen consistente of solide aanwijzingen dat de massale Hib-vaccinatie van zuigelingen heeft geleid tot een serotypevervanging bij dragers of zieken. In een recente standpuntnota over Hib-conjugaatvaccins kwam de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) tot de volgende conclusie: "Tot op heden is bacteriestamvervanging geen opvallend kenmerk van de Hib-immunisatie op grote schaal."
- In absolute cijfers lijkt er een verschuiving naar de oudere leeftijdsgroepen te hebben plaatsgevonden. 46 procent van alle in 2007 gerapporteerde gevallen betrof volwassenen ouder dan 65 jaar; deze bevinding stemt overeen met een Amerikaanse studie waarin werd gewezen op de toegenomen incidentie van invasieve ziekte door *H. influenzae* tussen 1996 en 2004. Ook de epidemiologische kenmerken van *H. influenzae* veranderden, van een ziektebeeld dat vooral bij kinderen werd aangetroffen en gedomineerd werd door serotype b naar een ziektebeeld dat vooral bij volwassenen werd aangetroffen en gedomineerd werd door niet-typeerbare stammen.
- In 2007 kwam 60% van de gevallen voor bij gevaccineerde personen, zoals gewoonlijk wordt vastgesteld bij populaties met een hoge vaccinatiedekking. De meeste volledig gevaccineerden waren kinderen van 1 tot 4 jaar, 27% van de gevallen waren kinderen jonger dan 1 jaar. Op basis van de beschikbare gegevens kan niet worden beoordeeld of de vastgestelde gevallen kunnen worden toegeschreven aan vaccinfalen. Er is meer informatie nodig om deze bevinding nader te onderzoeken. Aanvullende achtergrondinformatie over dit onderwerp werd verstrekt door een studie van het EU-IBIS-netwerk, waarin de gevallen van Hib-vaccinfalen die tussen 1996 en 2001 in Europa, Israël en Australië waren vastgesteld door de nationale surveillancesystemen werden geanalyseerd en de klinische en laboratoriumkenmerken bij een grote en verscheiden populatie met verschillende immunisatieprogramma's werden beschreven.

Het Verenigd Koninkrijk heeft ook uitgebreid melding gemaakt van het opnieuw opduiken van Hib-ziekte als gevolg van vaccinfalen.

Invasieve meningokokkeninfectie

- In 2007 werden 5 583 gevallen van invasieve bacteriële ziekte door *N. meningitidis* gemeld in de EU/EER, met een globaal aantal meldingen van 1,12 gevallen per 100 000. Het aantal meldingen varieerde van lidstaat tot lidstaat en was hoger in Ierland en het Verenigd Koninkrijk (VK) dan in de rest van Europa, hoewel er in beide landen een aanhoudende dalende tendens is. Naast deze twee landen zijn er nog zes lidstaten waar het aantal meldingen boven 1 per 100 000 ligt (België, Denemarken, Nederland, Spanje, Litouwen en Malta). Bij zuigelingen en kinderen deden zich nog altijd de meeste gevallen van invasieve meningokokken voor; 50% van de gevallen werd gerapporteerd bij kinderen jonger dan 10 jaar. Bij zuigelingen jonger dan 1 jaar werden de hoogste aantallen gerapporteerd in Ierland en het VK: respectievelijk 74,5 per 100 000 en 46,6 per 100 000.
- Zoals bij *H. influenzae* kunnen de uiteenlopende meldingscijfers worden toegeschreven aan een aantal mogelijke oorzaken: verbeterde gevoeligheid van de surveillancesystemen, surveillance van verschillende klinische presentaties (sepsis, meningitis of beide) in de lidstaten, toepassing van verschillende gevalsdefinities, verschillen in laboratoriumcapaciteit of verschillen in gezondheidszorgpraktijken voor het vroegtijdig afnemen van bloedkweken. Momenteel heeft het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) nog geen goede kijk op de belangrijkste redenen voor deze verschillen. Daarom is omzichtigheid geboden bij vergelijkingen van meldingscijfers per serogroep en per leeftijd tussen de landen onderling.
- Het percentage gevallen zonder informatie over de serogroep blijft hoog, vooral in de Oost-Europese landen. De identificatie van serogroepen is met de jaren evenwel verbeterd; het aantal onbekenden is de voorbije vijf jaar aanzienlijk gedaald, van 1 448 gevallen in 2003 naar 559 in 2007. In 2007 was serogroep B de meest gerapporteerde serogroep die invasieve meningokokken in Europa veroorzaakte, met name bij kinderen jonger dan 4 jaar, waar hij nagenoeg 90% van alle gerapporteerde serogroepen vertegenwoordigde. In landen die vaccineren tegen meningokokken C (MCC) zijn de serogroep B-gevallen veruit het meest aanwezig in alle leeftijdsgroepen en inzonderheid bij kinderen jonger dan 1 jaar en tussen 1 en 4 jaar (respectievelijk 73% en 81%), de gebruikelijke doelgroepen voor vaccinatie tegen serogroep C.
- In landen met MCC-vaccinatie is het aantal door serogroep C veroorzaakte gevallen spectaculair gedaald in de paar jaar na de opname van het vaccin in het vaccinatieprogramma, in het bijzonder bij de doelgroepen van de vaccinatiecampagnes. Het percentage serogroep C-gevallen blijkt te stijgen met de leeftijd, wat waarschijnlijk te wijten is aan de lage vaccindekking bij de oudere leeftijdsgroepen en de afnemende werkzaamheid van het vaccin na het jaar van de primaire immunisatie.
- De beschikbaarheid van informatie over de serotypering en subtypering van stammen neemt toe doordat moleculaire technieken in steeds meer landen worden toegepast. Het aantal geserotypeerde en gesubtypeerde monsters blijft evenwel laag en deze resultaten moeten met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd. Het grootste aantal gesubtypeerde monsters werd gerapporteerd door Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en België.

Belangrijkste conclusies

In het algemeen blijft de incidentie van beide ziekten dalen, vooral bij jonge kinderen die de doelgroep zijn van vaccinatiecampagnes. Op Europees niveau is er echter een toename van het aantal gevallen dat veroorzaakt wordt door serotypes en serogroepen die niet worden gedekt door de vaccins, ook bij jongere kinderen, en deze tendens moet aandachtig worden gevolgd.

De vaccinatiedekking is groot voor beide vaccins, maar er worden ook gevallen gerapporteerd bij gevaccineerde personen. Helaas waren er niet voldoende gegevens verzameld om een diepgaande analyse van het vaccin falen mogelijk te maken, noch om conclusies te kunnen trekken uit het aantal gevallen bij gevaccineerde personen in landen met of zonder vaccinatie. Dat komt doordat het percentage gevallen met een onbekende vaccinatiestatus zeer hoog was en er geen informatie beschikbaar was over de geboortedatum, het aantal ontvangen doses en de datum van de laatste dosis. Bovendien is alle informatie die nodig is om te bepalen of er sprake is van vaccin falen nog niet opgenomen in de reeks variabelen (zoals geboortetijd, aantal toegediende doses en data van toediening).

Voor een betere vergelijkbaarheid van de gegevens tussen de deelnemende landen moeten de laboratoriummethoden voor het identificeren van gevallen meer worden gestandaardiseerd en moet lokaal een gemeenschappelijke gevalsdefinitie voor surveillancedoeleinden worden aangenomen. Genotyperingsmethoden zullen steeds meer kunnen worden toegepast in de Europese landen, waardoor de surveillancegegevens beter zullen kunnen worden begrepen. Dit vereist evenwel een nauwere samenwerking tussen laboratoria en epidemiologische centra op nationaal en Europees niveau. In dit verband werd een aanbesteding met de titel "Laboratory surveillance and external quality assurance (EOA) of invasive bacterial diseases in EU" in 2008 gegund aan een consortium van Europese instellingen, dat gecoördineerd wordt door de universiteit van Würzburg (Duitsland). Het project bevindt zich momenteel in zijn tweede jaar van activiteit. Het is niet alleen gericht op

externe kwaliteitsborging en opleiding, maar ook, en vooral, op het versterken en harmoniseren van de laboratoriumcapaciteit in de lidstaten en op het intensiveren van de samenwerking tussen laboratoria en volksgezondheidsinstellingen in de EU. Een van de kernactiviteiten van de groep is de bevordering van het gebruik van moleculaire typeringsmethoden bij de routinesurveillance.

8 Epidemiologisch jaarverslag over overdraagbare ziekten in Europa 2010

(Gepubliceerd in november 2010)

Dit verslag bevat een analyse van de gegevens die voor 2008 zijn gerapporteerd door de 27 EU-lidstaten en 3 EER/EVA-landen (IJsland, Liechtenstein en Noorwegen). Het heeft als hoofddoel om, op basis van de beschikbare gegevens, aan te geven waar de zwaarste last van overdraagbare ziekten thans ligt in de Europese Unie. In die gebieden zijn meer gecoördineerde acties nodig om de huidige en de mogelijke toekomstige last voor de maatschappij en de volksgezondheids- en gezondheidszorgsystemen te verkleinen en het menselijke lijden te verminderen. Deze gegevens helpen het ECDC bij zijn taak om bewijsmateriaal aan te dragen als basis voor de acties, werkwijzen vast te stellen en te delen en methoden voor te stellen om het effect van de acties op te volgen.

Hoewel er veel vooruitgang is geboekt inzake het verbeteren van de kwaliteit en de vergelijkbaarheid van de gegevens, wordt de lezer toch gewaarschuwd tegen het maken van directe vergelijkingen tussen de meldingscijfers van verschillende landen. De surveillancesystemen verschillen sterk van elkaar en de verhouding tussen de gerapporteerde of gemelde incidentie en de feitelijke incidentie varieert voor veel ziekten van land tot land.

Voor het eerst wordt de jaaranalyse van in de EU opgevolgde bedreigingen apart gepubliceerd⁵.

Antimicrobiële resistentie en zorggerelateerde infecties

De grootste ziektedreiging in Europa vormen nog steeds de micro-organismen die resistent zijn geworden tegen antimicrobiële middelen. In 2008 hebben 900 laboratoria die werken voor meer dan 1 500 ziekenhuizen hun gegevens over antimicrobiële resistentie (AMR) gerapporteerd voor zeven belangrijke indicatormicro-organismen. Hieruit is gebleken dat in heel Europa de resistentie tegen alle klassen van antibiotica waarvoor surveillance plaatsvindt, is toegenomen voor de meest voorkomende gramnegatieve bacteriën die verantwoordelijk zijn voor bacteriëmie en urineweginfecties, *Escherichia coli*. Sommige landen rapporteerden een daling van het percentage meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA), hoewel het MRSA-percentage boven 25% bleef in één derde van de landen. De groeiende bedreiging van multiresistentie (resistentie tegen diverse algemeen gebruikte antibiotica), die vaker wordt vastgesteld bij gramnegatieve bacteriën als *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* en *Pseudomonas aeruginosa*, blijft zorgen baren.

Hetzelfde jaar werden uit 1 422 ziekenhuizen surveillancegegevens gerapporteerd over 306 621 chirurgische ingrepen en uit 654 ziekenhuizen over 9 129 gevallen van longontsteking opgelopen in een intensive-careafdeling en 4 077 gevallen van bloedbaaninfecties opgelopen in een intensive-careafdeling. De eerder vastgestelde dalende tendensen voor postoperatieve infecties na heupprothese werden bevestigd in 2008. De verspreiding van micro-organismen door infecties opgelopen in intensive-careafdelingen bleek voor een groot deel veroorzaakt te worden door enterobacteriën die resistent zijn tegen cefalosporines van de derde generatie, in het bijzonder *Klebsiella* spp. en *Enterobacter* spp.

Door omgeving en vectoren overgedragen ziekten

De uitbraak van Q-koorts die in Nederland werd gerapporteerd tussen maart en december 2007, stak opnieuw de kop op in 2008. De meeste gevallen deden zich voor in de zomerperiode, met pieken tijdens de weken 25 tot 28 (midden juni tot midden juli). Andere Europese landen, zoals Duitsland, maakten ook melding van een wijzigende tendens voor Q-koorts en een toename van het aantal gevallen in 2008, zij het in geringere mate.

Van de overdraagbare ziekten uit deze groep met ernstigere gevolgen, zoals ziekten met mogelijke hemorragische symptomen, heeft de Krim-Congokoorts (CCHF) zich verspreid buiten de traditionele endemische gebieden in de Balkanregio. In juni 2008 werd in Griekenland het eerste geval van CCHF bij de mens vastgesteld in het noordelijke deel van het land, dat aan een bekend endemisch gebied grenst. Daarnaast bleek uit de verbeterde surveillance die in Italië was geïntroduceerd na de uitbraak van 217 door laboratoriumtests bevestigde gevallen van chikungunyakoorts in 2007, dat de chikungunyakoorts niet opnieuw optrad bij de autochtone bevolking, aangezien de weinig in de EU/EER gerapporteerde gevallen allemaal waren geïmporteerd.

Door voedsel en water overgedragen ziekten en zoonoses

Veel door voedsel overgedragen ziekten worden nog altijd zwaar onder gerapporteerd doordat de ernst van hun klinisch beeld varieert. Campylobacteriosis bleef de meest gerapporteerde oorzaak van gastro-intestinale ziekte in de EU en de EER/EVA, met vrijwel dezelfde incidentie in 2008 (44,1 per 100 000 inwoners) als het voorgaande jaar.

⁵ Annual Threat Report 2009. European Centre for Disease Prevention and Control. Stockholm, ECDC, 2010. Beschikbaar op: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

Dit is een typisch voorbeeld van een onderschatte ziekte; kenmerkend voor deze infectie is immers dat ze een asymptomatisch of onschuldig ziektebeeld vertoont, wat leidt tot een hoge graad van onderrapportage.

Ook het globale aantal meldingen van VTEC/STEC-infecties is de voorbije jaren vrijwel hetzelfde gebleven (0,66 per 100 000). Het aantal gerapporteerde gevallen dat een hemolytisch-uremisch syndroom had ontwikkeld, was in 2008 wel toegenomen met 42% tegenover het voorgaande jaar. Wat salmonellose en shigellose betreft, werd bij kinderen jonger dan 5 jaar het hoogste aantal gevallen van VTEC/STEC-infecties gemeld (4,72 per 100 000 inwoners). Dat is wellicht toe te schrijven aan het ernstigere klinische beeld bij deze leeftijdsgroep en de grotere waarschijnlijkheid van ziekenhuisopname bij elke infectie.

De incidentie van salmonellose is de voorbije drie jaar gestaag gedaald, hoewel *Salmonella* in 2008 de oorzaak bleef van een aantal door voedsel overgedragen uitbraken op internationaal, nationaal en sub-nationaal niveau. Door een gewijzigde gegevensrapportage vermeldt dit verslag een hogere incidentie van tyfus dan in de voorgaande jaren, maar dat is eerder het artefact van een completere rapportage dan een echte toename. De overgrote meerderheid van de tyfusgevallen wordt nog steeds geïmporteerd door reizigers die terugkeren uit endemische gebieden.

In 2008 werden iets meer gevallen van hepatitis A (3,34 per 100 000 inwoners) gemeld dan in 2007 (2,75 per 100 000 inwoners). Het aantal meldingen in Letland steeg van 0,66 per 100 000 inwoners in 2007 naar 123 per 100 000, vooral als gevolg van een uitbraak die begon bij intraveneuze druggebruikers en mensen met een laag inkomen en gebrekkige hygiënische levensomstandigheden, maar zich later uitbreidde over de gehele gemeenschap. Zo ook trof een uitbraak van hepatitis A in Tsjechië aanvankelijk alleen injecterende druggebruikers, waarna de ziekte zich verspreidde over de rest van de bevolking.

Hiv, seksueel overdraagbare infecties, hepatitis B en C

Hiv-infectie blijft een van de grootste door overdraagbare ziekten veroorzaakte bedreigingen voor de volksgezondheid in Europa. Het aantal gerapporteerde gevallen van hiv-infectie steeg met 33% van 4,2 per 100 000 (13 265 gevallen) in 2000 naar 5,6 per 100 000 (18 019 gevallen) in 2008. Deze tendens is nog verontrustender wanneer men er rekening mee houdt dat in de EU/EER heel wat besmette personen (naar schatting 30%) niet eens weten dat ze hiv hebben. Uit de gegevens blijkt dat het grootste percentage hiv-gevallen werd gediagnosticeerd bij mannen die seks hebben met mannen (40%), maar dat ook de heteroseksuele overdracht van hiv (29%) was toegenomen in verscheidene Europese landen. Een aanzienlijk aantal nieuw gediagnosticeerde hiv-infecties in de EU deed zich voor bij immigranten uit landen met een gegeneraliseerde hiv-epidemie (vooral in Sub-Saharaans Afrika). Daartegenover staat dat, ondanks bepaalde gegevensbeperkingen, het aantal aidsdiagnoses gedaald blijkt te zijn, behalve in de Baltische staten.

Chlamydia blijft de meest gerapporteerde seksueel overdraagbare infectie in de EU/EER, met 335 329 bevestigde gevallen (150 per 100 000 inwoners). De werkelijke incidentie van chlamydia is wellicht groter, aangezien deze infectie bijzonder vatbaar is voor onderrapportage. Ze is de voorbije tien jaar blijven toenemen. Dit blijft een ziekte van jong volwassenen; het meldingscijfer voor 15- tot 24-jarigen bedraagt 976 per 100 000 en jonge vrouwen worden er meer door getroffen dan jonge mannen.

Hoewel de meldingen van hepatitis C vrij stabiel lijken te blijven en het aantal gevallen van hepatitis B lager schijnt te zijn dan de voorgaande jaren, zijn deze gegevens onderhevig aan hardnekkige beperkingen. De interpretatie van deze tendensen wordt bemoeilijkt door de vrij grote verschillen tussen de surveillancesystemen, de recente wijzigingen in de rapportagemethoden, het aanzienlijke aantal niet-gediagnosticeerde gevallen, de mogelijke verschillen in de toegepaste gevalsdefinities (verschillend gebruik en/of verschillende interpretatie van hepatitis B-markers) en de onvolledige rapportage in sommige landen. Bovendien maken sommige landen geen onderscheid tussen acute en chronische gevallen van hepatitis B en C; samen met het grote aantal asymptomatische gevallen leidt dit tot een mix van gegevens die niet zonder meer kan worden vergeleken tussen de landen onderling. Het ECDC werkt aan een verdere verbetering van de surveillance van deze virusinfecties, onder andere door de surveillance van hepatitis B en C beter te harmoniseren op Europees niveau.

Luchtweginfecties

Elke winter zorgt de seizoengriep ervoor dat honderdduizenden mensen in de EU ernstig ziek worden en overlijden. Het griepseizoen 2008-2009 in Europa begon in week 48/2008, duurde ongeveer 10 weken in alle getroffen landen en eindigde in week 16/2009, nadat de piekactiviteit zich over het continent had verspreid van west naar oost en vervolgens zuidoostwaarts. Het seizoen 2008-2009 werd eerst gedomineerd door influenza A(H3N2) en dan, in mindere mate, door influenza B. Globaal genomen ging het bij de virus detecties meestal om het influenza A(H3N2)-virus. De meeste circulerende influenza B-virussen stemden niet overeen met de B-component van het in 2008-2009 in het noordelijke halfrond gebruikte griepvaccin. Aangezien echter de prevalentie van B-virussen tijdens dit seizoen relatief laag was, had dit waarschijnlijk geen bijzondere betekenis voor de volksgezondheid. In week 19/2009, aan het einde van het "normale seizoen", werd het eerste pandemische influenza A(H1N1)-virus gedetecteerd in een monster dat was afgenomen door een peilstationarts. Kort daarop volgde de lente/zomergolf van de pandemie.

In 2008 waren er opnieuw uitbraken van hoog en laag pathogene aviaire influenza bij vogels in de EU, maar veel minder dan in 2007. Er werden geen gevallen bij mensen gerapporteerd die verband hielden met deze uitbraken.

Het aantal meldingen van veteranenziekte (legionellose) in de landen van de EU en de EER/EVA bleef stabiel op 1,2 per 100 000 inwoners. De in de voorgaande jaren vastgestelde piek van gerapporteerde gevallen in juli hield langer aan in 2008, nl. van juni tot september. Het aantal gerapporteerde gevallen van reis gerelateerde veteranenziekte was lager dan in 2007, net als het aantal reis gerelateerde clusters.

De voorbije vijf jaar is het gemiddelde aantal tbc-gevallen elk jaar gedaald, hoewel 28 EU- en EER/EVA-landen nog altijd 82 611 tbc-gevallen (16,7 per 100 000 inwoners) rapporteerden in 2008. In de EU komt tbc meer voor bij migranten, daklozen, armen in binnensteden, gevangenen, mensen met hiv en druggebruikers, maar de gegevens voor 2008 geven een uiteenlopend beeld, met drie brede epidemiologische categorieën:

- landen met een lage incidentie, waar de gevallen zich in toenemende mate voordoen bij de allochtone bevolking en slechts incidenteel een stijging van het aantal meldingen wordt gerapporteerd,
- landen met vrij matige tot hoge, maar afnemende meldingscijfers en met een lage incidentie van multiresistente tbc, en
- landen met een vrij hoog, maar eveneens dalend aantal tbc-meldingen en met een hoog percentage gevallen van multiresistente tbc.

Verder is het aantal tbc-gevallen met gecombineerde resistentie (multiresistente tbc) tussen 2007 en 2008 gestegen van 4% naar 6%, vooral ingevolge onvolledige of slecht opgezette behandelingskuren. Het succespercentage van de behandelingsresultaten voor deze gevallen van multiresistente tbc blijft uitermate laag (30,9%) voor de cohort 2006. Hoewel de kwaliteit, representativiteit en volledigheid van de resistentiegegevens uit de tweede lijn nog kunnen worden verbeterd, bevestigen de cijfers dat extensief resistente tbc nu duidelijk aanwezig is in de EU.

Door vaccinatie te voorkomen ziekten

Verscheidene door vaccinatie te voorkomen ziekten met ernstigere gevolgen (zoals polio, difterie of tetanus) zijn thans bijna volledig uitgeroeid in de EU/EER. Nog een succesverhaal in vrijwel alle EU-lidstaten is het gunstige effect van de opname van het Hib-vaccin in hun nationale immunisatieprogramma's. Voor de overige door vaccinatie te voorkomen ziekten blijft een betere dekking bij moeilijk te bereiken bevolkingsgroepen problematisch. Bovendien werden door ongegronde twijfels over de veiligheid van de vaccins de streefcijfers voor verscheidene infecties niet bereikt, wat heeft geleid tot lokale uitbraken die volledig hadden kunnen worden voorkomen.

Een van deze ziekten is mazelen. Het totale aantal gevallen van mazelen in de landen van de EU/EVA was aanzienlijk hoger in 2008 dan in 2007. Dit was te wijten aan grote uitbraken in verscheidene landen, met het grootste aantal gevallen in Zwitserland, Italië, Oostenrijk, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. Een krachtige politieke inzet is vereist om deze zorgwekkende tendens te keren.

Het aantal gerapporteerde en door laboratoriumtests bevestigde gevallen van rodehond daalde wel tussen 2007 en 2008. Ondanks een spectaculaire algemene daling van het aantal gevallen van congenitale rubella-infectie na de introductie van vaccinatie, doen zich sporadisch nog steeds gevallen voor in Europa. Een niet-optimale dekking met het vaccin tegen mazelen, bof en rodehond kan concentraties van gevoelige personen doen ontstaan, met als gevolg een toename van deze ziekten, waaronder congenitale rubella-infectie.

Het globale aantal meldingen van invasieve pneumokokkeninfecties (IPD) bedroeg 5,2 per 100 000 inwoners in 2008, d.i. een van de hoogste incidenties van alle door vaccinatie te voorkomen ziekten. Er bestaan grote verschillen tussen de IPD-surveillance systemen in de EU, inzonderheid wat het type systeem, de dekking van het systeem en de gebruikte gevalsdefinitie betreft. Sommige landen hebben zelfs helemaal geen surveillance systeem. Het ECDC introduceert thans in de EU een betere surveillance, ook door laboratoria, om de tendensen bij de serotypes, met name deze die niet worden gedekt door het vaccin, beter te volgen.

Conclusies

Uit deze samenvatting van de gegevens en tendensen van 2008 blijkt dat de prioriteiten voor de preventie en bestrijding van overdraagbare ziekten in de EU de voorbije jaren nauwelijks zijn veranderd. Voor bepaalde ziekten konden de incidentie en het aantal gevallen worden verminderd dankzij gecoördineerde preventie- en bestrijdingsacties in de lidstaten (hoewel de cijfers hoog blijven bij specifieke bevolkingssegmenten en risicogroepen). Er blijven echter heel wat problemen bestaan met betrekking tot de overdraagbare ziekten. De belangrijkste daarvan zijn:

- antimicrobiële resistentie,
- zorggerelateerde infecties,
- seksueel overdraagbare infecties, inzonderheid door hiv en chlamydia,
- luchtweginfecties door influenza (pandemisch potentieel en seizoengebonden jaarlijkse epidemieën), tuberculose en pneumokokkeninfecties.

Voor een aantal van deze ziekten zouden verdere gezamenlijke acties (bv. vaccinatie en soortgelijke bestrijdingsmaatregelen) ertoe kunnen leiden dat de EU, en uiteindelijk heel Europa, "vrij" van de ziekte wordt verklaard, zoals het geval is voor verscheidene door vaccinatie te voorkomen ziekten. De EU-lidstaten staan evenwel nog ver van de te bereiken doelstellingen die reeds zijn vastgesteld door de ziekte-eliminatieprogramma's; speciaal wat mazelen betreft kwam er zelfs een einde aan de dalende tendens. Ook het verbeteren van de gevoeligheid en specificiteit van de surveillance van rodehond is van primordiaal belang met het oog op de WGO-eliminatie-doelstelling voor 2010. Op het gebied van de pneumokokkeninfecties blijft er bezorgdheid bestaan over de mogelijkheid dat de serotypes die gedekt worden door het geconjugeerde pneumokokkenvaccin na de introductie van het vaccin zouden worden vervangen door niet-gedekte serotypes, zoals in de Verenigde Staten reeds is vastgesteld.

De gegevens van 2008 tonen aan dat antimicrobiële resistentie een steeds grotere bedreiging vormt voor de volksgezondheid in Europa. Dit probleem vereist internationale samenwerking - naast gezamenlijke inspanningen op nationaal niveau - om de opkomst van antimicrobiële resistentie in te perken en te voorkomen. Daarnaast vormen ook zorggerelateerde infecties een groeiend probleem dat een consistent preventie- en bestrijdingsbeleid noodzakelijk maakt. De beleidsvormers zullen voordeel kunnen trekken uit de grotere gegevensbetrouwbaarheid die naar verwachting zal voortvloeien uit de inspanningen ter verbetering van de surveillancesystemen die vooral zijn geïnstalleerd in ziekenhuizen en instellingen voor langdurige zorg.

Hoewel de globale tendens voor tbc dalend is, blijft de tendens voor multiresistente tbc en hiv met tbc stijgen. Ook de globale tendens voor hiv stijgt. In beide gevallen moeten deze infecties van nabij worden gevolgd door nauwgezet nationale en internationale preventie- en bestrijdingsactiviteiten te handhaven en verder te investeren in surveillance. De rapportage van tbc/hiv-comorbiditeit blijft onvolledig, maar er zijn nieuwe plannen om dit te verhelpen.

Influenza toonde nog maar eens hoe onvoorspelbaar de seizoengebonden epidemieën kunnen zijn. Het vrij ernstige seizoen werd gedomineerd door het A(H3N2)-virus en leidde tot een A(H1N1)-pandemie die begon op het Amerikaanse continent.

Tabel A: Algemene recente tendens, aantal meldingen in de EU en belangrijkste getroffen leeftijdsgroepen voor overdraagbare ziekten gerapporteerd op EU-niveau in 2008

Ziekte	Algemene tendens	Aantal gemelde gevallen in de EU per 100 000 (2008)	Belangrijkste getroffen leeftijdsgroepen (2008)
Luchtweginfecties			
Influenza	↔	Geen gegevens	0-14
Vogelgriep	Onvoldoende gegevens	0	Onvoldoende gegevens
Veteranenziekte (legionellose)	↑	1,2	≥ 65
Tuberculose	↓	16,7	25-44
Hiv, seksueel overdraagbare infecties en door bloed overgedragen virusinfecties			
Chlamydia-infectie	↑	149,9	15-24
Gonorroe	↓	8,6	15-24, 25-44
Hepatitis B	↓	1,3	25-44
Hepatitis C	↑	9,0	25-44
Hiv	↑	5,7	25-44
Aids	↓	1,1	40-49
Syfilis	↔	4,2	25-44
Door voedsel en water overgedragen ziekten en zoönoses			
Miltvuur	↓	< 0,01	Onvoldoende gegevens
Botulisme	↔	< 0,1	25-44
Brucellose	↓	0,2	45-64, 25-44
Campylobacteriose	↑	44,1	0-4
Cholera	↓	<0,01	Onvoldoende gegevens
Cryptosporidiose	↔	2,4	0-4

Ziekte	Algemene tendens	Aantal gemelde gevallen in de EU per 100 000 (2008)	Belangrijkste getroffen leeftijdsgroepen (2008)
Echinokokkose	↔	0,2	45–44, ≥ 65
Vero/Shigatoxine producerende <i>Escherichia coli</i> (VTEC/STEC)	↔	0,7	0–4
Giardiasis	↓	59,6	0–4
Hepatitis A	↓	3,3	5–14
Leptospirose	↔	0,2	45–64
Listeriose	↔	0,3	≥ 65
Salmonellose	↓	29,8	0–4
Shigellose	↔	1,8	0–4
Toxoplasmose	↓	0,8	15–24
Trichinellose	↔	0,1	25–44
Tularemie	↔	0,2	45–64
Tyfus/paratyfus	↔	0,3	0–4, 5–44
Variant CJD	Onvoldoende gegevens	< 0,01	Onvoldoende gegevens
Yersiniose	↑	2,7	0–14
Opkomende en door vectoren overgedragen ziekten			
Malaria	↔	1,2	25–44
Pest	Onvoldoende gegevens	0	Onvoldoende gegevens
Q-koorts	↔	0,4	45–64
Ernstig acuut respiratoir syndroom (SARS)	Onvoldoende gegevens	0	Onvoldoende gegevens
Pokken	Niet van toepassing	0	Onvoldoende gegevens
Chikungunyakoorts	Onvoldoende gegevens	< 0,01	45–64
Dengue	Onvoldoende gegevens	0,1	25–44
Hantavirusinfectie	Onvoldoende gegevens	1,4	25–44, 45–64
West-Nijlkoorts	Onvoldoende gegevens	< 0,01	Onvoldoende gegevens
Gele koorts	Onvoldoende gegevens	0	Geen gevallen
Door vaccinatie te voorkomen ziekten			
Difterie	↓	<0,01	5–14, 45–64
Invasieve infectie door <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Invasieve meningokokkenziekte	↓	0,9	0–4
Invasieve pneumokokkeninfectie	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Mazelen	↔	0,9	0–4
Bof	↓	2,8	5–14
Kinkhoest	↔	5,3	5–14
Kinderverlamming	Onvoldoende gegevens	0	Onvoldoende gegevens
Rabiës	↓	< 0,01	Onvoldoende gegevens
Rodehond	↓	0,6	0–4
Tetanus	↓	< 0,1	≥ 65

Ziekte	Algemene tendens	Aantal gemelde gevallen in de EU per 100 000 (2008)	Belangrijkste getroffen leeftijdsgroepen (2008)
Antimicrobiële resistentie en zorggerelateerde infecties			
Antimicrobiële resistentie	↑	Niet van toepassing	Onvoldoende gegevens
Zorggerelateerde infecties	↑	Niet van toepassing	Onvoldoende gegevens

9 Surveillance van antimicrobiële resistentie in Europa 2009

(Gepubliceerd in november 2010)

Dit is het eerste jaarverslag van het Europees netwerk voor de surveillance van antimicrobiële resistentie (EARS-Net) na de overdracht van het Europees systeem voor de surveillance van antimicrobiële resistentie (EARSS) naar het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC) op 1 januari 2010. Dit verslag vormt een vervolg op de reeks erg gewaardeerde jaarverslagen die het EARSS sinds 2001 heeft gepubliceerd.

Het voorbije decennium heeft antimicrobiële resistentie een steeds hogere plaats ingenomen op de volksgezondheidsagenda in Europa. De surveillance van antimicrobiële resistentie, vroeger uitgevoerd door EARSS en nu door EARS-Net, heeft een belangrijke rol gespeeld bij het verstrekken van documentatie over de opkomst en verspreiding van antimicrobiële resistentie en bij het vergroten van de kennis van het probleem op politiek niveau, bij de ambtenaren van volksgezondheid en in de wetenschappelijke wereld.

Uit de door 28 landen in 2009 aan EARS-Net gerapporteerde gegevens over antimicrobiële resistentie en uit de resultaten van tendensanalyses, o.a. op basis van EARSS-gegevens van de voorgaande jaren, blijkt dat de resistentiesituatie in Europa sterk varieert naargelang van het soort pathogeen, de antimicrobiële stof en de geografische regio.

In 2009 hebben de meest verontrustende resultaten betrekking op de snel afnemende gevoeligheid van invasieve *Escherichia coli* voor nagenoeg alle antimicrobiële middelen die onder de surveillance van EARS-Net vallen, behalve de carbapenems, en op de hoge prevalentie van resistentie bij *Klebsiella pneumoniae* voor cefalosporines van de derde generatie, fluoroquinolonen en aminoglycosiden. In de helft van de rapporterende landen is het percentage multiresistente isolaten van *K. pneumoniae* (gecombineerde resistentie tegen cefalosporines van de derde generatie, fluoroquinolonen en aminoglycosiden) groter dan 10%. Een paar landen rapporteren thans ook hoge resistentiepercentages voor carbapenems. Deze antibiotica zijn in veel landen op grote schaal gebruikt wegens de toename van breedspectrumβ-lactamase (ESBL) producerende enterobacteriën, met als gevolg een toenemende productie van carbapenemase (VIM, KPC en NDM-1), in het bijzonder bij *K. pneumoniae*.

De hoogste resistentiepercentages bij *E. coli* werden gerapporteerd voor aminopenicillines (tot 66%). Ondanks het hoge resistentieniveau blijft het percentage verder stijgen, ook in landen waar het resistentieniveau reeds ver boven 50% ligt. De resistentie tegen cefalosporines van de derde generatie bij *E. coli* is de voorbije vier jaar eveneens aanzienlijk toegenomen in ruim de helft van de rapporterende landen. Deze resistentie houdt rechtstreeks verband met het hoge percentage (85-100%) ESBL-positieve stammen onder de resistente isolaten in de landen die over ESBL rapporteerden in 2009.

Andere aan EARS-Net gerapporteerde resistentietendensen wekken de hoop dat de nationale inspanningen inzake infectiebestrijding en resistentie-inperking in sommige gevallen een halt kunnen toeroepen aan de ontwikkeling van resistentie of zelfs ongewenste resistentietendensen kunnen keren, zoals het geval was bij de ontwikkeling van meticillineresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA). Hoewel het percentage MRSA bij *Staphylococcus aureus* nog steeds ruim 25% bedraagt in 10 van de 28 landen, is de incidentie van MRSA aan het stabiliseren of dalen in sommige landen en is een aanhoudende daling vastgesteld in Oostenrijk, Frankrijk, Ierland, Letland en het Verenigd Koninkrijk.

Voorts is er in het Verenigd Koninkrijk een gestage vermindering van de resistentie bij *K. pneumoniae* waargenomen voor alle antibioticaklassen waarvoor surveillance plaatsvindt. Ook schijnt de bestrijding van glycopeptideresistentie bij *Enterococcus faecium* in een paar landen (Griekenland, Duitsland, Italië en Frankrijk) succes te hebben, met als resultaat een continue daling van het percentage resistente isolaten. De hoge aminoglycosideresistentie bij *Enterococcus faecalis* lijkt zich dan weer te stabiliseren op een relatief hoog niveau. De meeste landen rapporteerden een percentage resistente isolaten van 30% tot 50%.

Voor *Streptococcus pneumoniae* is de niet-gevoeligheid voor penicilline over het algemeen stabiel in Europa, terwijl de niet-gevoeligheid voor macroliden in 6 landen is afgenomen en in geen enkel land is toegenomen. Voor *Pseudomonas aeruginosa* zijn hoge percentages resistentie tegen fluoroquinolonen en carbapenems en gecombineerde resistentie gerapporteerd door veel landen, vooral in Zuid- en Oost-Europa.

Voor verscheidene combinaties van antimicrobiële middelen en pathogenen, bv. fluoroquinoloneresistentie bij *E. coli*, *K. pneumoniae* en *P. aeruginosa*, alsmede voor MRSA bestaat er een duidelijke noord-zuidgradiënt in Europa. In het algemeen worden er lagere resistentiepercentages gerapporteerd in het noorden en hogere percentages in het zuiden van Europa. Dat is waarschijnlijk een gevolg van verschillen in de infectiebestrijdingsmethoden, het al dan niet voorhanden zijn van een wetgeving die het voorschrijven van antimicrobiële middelen regelt en andere factoren waarvan bekend is dat ze de ontwikkeling van resistentie beïnvloeden.

Voor *K. pneumoniae* werden evenwel ook in de landen van Noord-Europa stijgende tendensen voor de resistentie tegen specifieke antibioticaklassen en voor multiresistentie vastgesteld, met name in Denemarken en Noorwegen, waar traditioneel voorzichtig wordt omgegaan met antibiotica.

Naast de gebruikelijke tendensanalyses en situatieoverzichten bevat dit EARS-Net-verslag voor 2009 een nieuw themahoofdstuk met een diepgaande analyse voor *E. coli* en MRSA. Deze analyses zijn uitsluitend gebaseerd op gegevens die consequent door laboratoria zijn gerapporteerd over een periode van verscheidene jaren. De diepgaande analyse bevestigt een consistente toename van de multiresistentie en toont een gestage en significante vermindering van de antimicrobiële gevoeligheid bij *E. coli* in deze periode. De voor MRSA vastgestelde vermindering is waarschijnlijk te danken aan de doeltreffendheid van de infectiebestrijdingsmaatregelen in ziekenhuizen en biedt wellicht zelfs hoop voor het succes van inperkingsstrategieën op andere gebieden.

Er kan worden besloten dat de door de deelnemende landen aan EARS-Net gerapporteerde gegevens een referentie vormen voor de kennis inzake de incidentie van antimicrobiële resistentie in Europa en gedocumenteerde informatie verschaffen over de helaas gestaag afnemende antimicrobiële behandelingsopties voor de belangrijkste bacteriële pathogenen.

10 Surveillance van hiv/aids in Europa 2009

(Gepubliceerd in november 2010)

Belangrijkste punten

Hiv-infectie blijft een belangrijk volksgezondheidsprobleem in Europa en er zijn aanwijzingen dat de overdracht van hiv in Europa aanhoudt. Over het algemeen is er, ondanks een onvolledige rapportage, geen duidelijke indicatie van een daling in het aantal gevallen dat elk jaar wordt gediagnosticeerd. Sinds 2004 is het gerapporteerde aantal nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv per 100 000 inwoners met bijna 30% gestegen van 6,6 per 100 000 inwoners in 2004 naar 8,5 per 100 000 in 2009. Het aantal gediagnosticeerde gevallen van aids is blijven dalen in de Europese regio van de WGO, behalve in het oosten, waar het aantal aidsgevallen is gestegen. In de 48 landen die voor de periode 2004-2009 consequent aidscijfers hebben gerapporteerd daalde het aantal gerapporteerde aidsdiagnoses van 2,0 per 100 000 inwoners naar 1,0 per 100 000.

- In 2009 werden 53 427 gevallen van hiv gediagnosticeerd en gerapporteerd door 49 van de 53 landen in de Europese regio van de WGO (geen gegevens beschikbaar uit Oostenrijk, Monaco, Rusland en Turkije). De hoogste aantallen werden gerapporteerd door Estland, Moldavië, Oekraïne en Oezbekistan.
- 6 568 gevallen van aids werden gerapporteerd door 48 landen (geen gegevens beschikbaar uit Oostenrijk, Zweden, Monaco, Rusland en Turkije).
- In 2009 werden 25 917 nieuw gediagnosticeerde gevallen van hiv-infectie gerapporteerd door de landen van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte (EU/EER) (geen gegevens beschikbaar uit Oostenrijk). Binnen de EU/EER werden de hoogste aantallen gerapporteerd door Estland, Letland, Portugal en het Verenigd Koninkrijk.
- In de EU/EVA is de belangrijkste wijze van overdracht van hiv-infecties seksueel contact tussen mannen, gevolgd door heteroseksueel contact. Ongeveer 38% van de gerapporteerde gevallen van langs heteroseksuele weg opgelopen hiv werd gediagnosticeerd bij personen die afkomstig waren uit landen met een gegeneraliseerde hiv-epidemie.
- In de drie geografische/epidemiologische regio's verschilt de belangrijkste wijze van overdracht naargelang van de regio, wat de grote epidemiologische diversiteit van hiv in Europa aantoont. Hoewel uit de gerapporteerde gegevens blijkt dat heteroseksueel contact de belangrijkste wijze van overdracht is geworden in het oosten, zou het relatieve aandeel van injecterend druggebruik veel groter zijn indien ook rekening werd gehouden met de gevallen uit Rusland, waarover geen gegevens beschikbaar waren voor dit verslag. Injecterend druggebruik zou dan verantwoordelijk zijn voor meer infecties in de regio in het algemeen en in het oosten in het bijzonder. In het centrum van de regio is de belangrijkste wijze van overdracht van hiv-infecties seksueel contact tussen mannen, gevolgd door heteroseksueel contact. Ook in het westen van de regio is de belangrijkste wijze van overdracht seksueel contact tussen mannen, gevolgd door heteroseksueel contact, indien geen rekening wordt gehouden met de gevallen bij personen die afkomstig zijn uit landen met een gegeneraliseerde epidemie.
- De hier gepresenteerde gegevens zijn onderhevig aan bepaalde beperkingen door onvolledige rapportage, ontbrekende gegevens uit een aantal landen en vertragingen in de rapportage van gegevens. Daardoor kunnen er slechts in beperkte mate conclusies uit worden getrokken aangaande de omvang en verspreiding van de hiv- en aidsepidemieën in Europa. Indien een correctie voor deze beperkingen werd toegepast, zou het globale aantal hiv-infecties voor 2009 ruim dubbel zo hoog zijn.

Aanbevelingen voor de surveillance van hiv/aids

Gegevens over de surveillance van hiv/aids zijn van vitaal belang om de toestand en de tendensen van de hiv-epidemie te volgen en richting te geven aan de volksgezondheidsmaatregelen. Daarom moeten alle landen in Europa:

- nationale systemen instellen voor de rapportage op gevalsbasis van hiv- en aidsgevallen en ervoor zorgen dat de gegevens volledig en actueel zijn, en
- de kwaliteit van de gerapporteerde gegevens verbeteren, vooral met betrekking tot waarschijnlijke overdrachtswegen en CD4-celtelling.

Aanbevelingen voor de volksgezondheid

Maatregelen om de epidemie te bestrijden moeten wetenschappelijk onderbouwd zijn en afgestemd zijn op het land en zijn epidemiologische situatie. Op basis van de beschikbare surveillancegegevens kunnen redelijkerwijs de volgende aanbevelingen worden gedaan:

- Voor de landen in het oosten: maatregelen om hiv te bestrijden bij injecterende druggebruikers, met inbegrip van schadebeperkingsprogramma's, dienen de hoeksteen te vormen van de hiv-

preventiestrategieën. Maatregelen ter preventie van heteroseksuele overdracht moeten worden aangescherpt en gericht op personen met een partner met verhoogd risico.

- Voor de landen in het centrum: de preventie dient te worden afgestemd op de specifieke omstandigheden van elk land, zodat de epidemie kan worden beperkt tot het huidige lage niveau. Aangezien echter de epidemie toeneemt bij mannen die seks hebben met mannen, moeten de maatregelen ter bestrijding van hiv in deze groep prioritair worden versterkt.
- Voor de landen in het westen: maatregelen om hiv te bestrijden bij mannen die seks hebben met mannen, met inbegrip van innovatieve programma's voor deze groep, dienen de hoeksteen te vormen van de hiv-preventiestrategieën. Preventie-, behandelings- en zorgmaatregelen moeten zo worden aangepast, dat ze de migrantenpopulaties bereiken.
- In het algemeen moet door het stimuleren van hiv-counseling en -tests ertoe worden bijgedragen dat, enerzijds, een vroegtijdige diagnose en de toegang tot behandeling en counseling worden bevorderd, zodat verdere overdracht wordt voorkomen of beperkt, en, anderzijds, minder mensen zich te laat aanmelden en de behandelingsresultaten op de langere termijn worden verbeterd voor de betreffende personen. Gelijke toegang tot hiv-behandeling en -zorg voor alle hulpbehoevende bevolkingsgroepen moet worden gewaarborgd, zodat de landen de globale doelstelling van universele toegang tot preventie, behandeling en zorg kunnen bereiken, alsook de doelstellingen die zijn uiteengezet in de mededeling en het actieplan van de Europese Commissie "Bestrijding van hiv/aids in de Europese Unie en de naburige landen, 2009-2013".

Speciale rapporten

11 Tenuitvoerlegging van de Verklaring van Dublin over het partnerschap ter bestrijding van hiv/aids in Europa en Centraal-Azië: voortgangsverslag 2010

(Gepubliceerd in september 2010)

In februari 2004 kwamen vertegenwoordigers van Europese en Centraal-Aziatische landen bijeen in Dublin en stelden een verklaring op die gericht was op het bespoedigen van de tenuitvoerlegging van de toezeggingsverklaring die de landen waren overeengekomen op de bijzondere zitting van de Algemene Vergadering van de VN (UNGASS) over hiv/aids in 2001.

Welke voortgang is er sindsdien gemaakt? Daarover gaat dit rapport. De bereikte resultaten worden gedocumenteerd met landenverslagen en beoordeeld aan de hand van een beperkt aantal indicatoren die relevant zijn voor de landen van de regio. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande gegevens en voortgebouwd op eerdere werkzaamheden, in het algemeen, en op het in 2008 door het Regionaal Bureau voor Europa van de WGO en UNAIDS gepubliceerde rapport, in het bijzonder. Specifieke vragenlijsten werden naar 55 landen gezonden en door 49 landen beantwoord.

Politiek leiderschap en partnerschap

Nagenoeg alle landen meldden dat ze beschikten over een strategisch kader om te reageren op hiv (92%) en over een behorende/coördinerende instantie (84%). 8 landen meldden dat ze hun strategisch kader de voorbije vijf jaar hadden ontwikkeld, d.w.z. na de Verklaring van Dublin. Het is evenwel niet duidelijk of deze algemene maatregelen geschikte maatstaven voor politiek leiderschap inzake hiv in de regio zijn. Gepastere maatregelen zouden kunnen zijn:

- de mate waarin de financiële middelen voor hiv-preventie op toereikende wijze gericht zijn op de belangrijkste doelgroepen, zoals injecterende druggebruikers (IDU), mannen die seks hebben met mannen (MSM) en sekswerkers,
- de mate waarin de landen belangrijke maatregelen, zoals schadebeperkingsprogramma's voor IDU en preventieprogramma's voor MSM, op een voldoende grote schaal ten uitvoer brengen, en
- de mate waarin de landen moeilijke maar essentiële beleidsbeslissingen hebben genomen met betrekking tot gemarginaliseerde bevolkingsgroepen die de grootste risico's lopen, zoals het verstrekken van schadebeperkingsprogramma's voor IDU in gevangenissen en van toegang tot diensten voor migranten uit landen met een generaliseerde hiv-epidemie.

In het algemeen zijn er sterke bewijzen dat maatschappelijke organisaties alom worden erkend als een hoofdrolspeler in de bestrijding van hiv in de regio en dat ze sterk betrokken zijn bij die bestrijding. Zo meldden nagenoeg alle landen (98%) dat ze de maatschappelijke organisaties in meerdere of mindere mate betrokken bij de ontwikkeling van hun strategisch kader. In overeenstemming met de bevindingen van het eerste voortgangsverslag over de Verklaring van Dublin vonden zowel de overheden als de maatschappelijke organisaties dat het betrekken van de maatschappelijke organisaties bij de hiv-bestrijding specifieke voordelen bood. De maatschappelijke organisaties merkten op dat de context voor hun betrokkenheid bij de bestrijding verbeterd was tussen 2005 en 2007. De formele betrokkenheid van de particuliere sector bij de hiv-bestrijding bleek veel beperkter te zijn.

Hiv-epidemieën in Europa en Centraal-Azië doen zich hoofdzakelijk voor bij specifieke populaties. Er zijn aanwijzingen dat sommige landen in de regio hun financiële middelen voor preventieactiviteiten effectief richten op de meest getroffen populaties. Als dat meer gebeurde, zou dit niet alleen een betere besteding van het geld garanderen, maar wellicht ook leiden tot een doelmatigere aanpak in het algemeen. Hoewel de nationale hiv-bestrijding in de regio steeds meer door bronnen uit het land zelf wordt gefinancierd, is er dringend nood aan continue financiële steun voor hiv-bestrijding in de landen van de regio met een laag of gemiddeld inkomen. Het opzetten van duurzame mechanismen voor deze financiële ondersteuning moet een prioriteit zijn voor alle landen in de regio.

De beschikbare middelen voor de wereldwijde aanpak van hiv zijn spectaculair gestegen sinds de Verklaring van Dublin. Voor de verklaring, in 2002, bedroegen de beschikbare middelen voor de wereldwijde aanpak van hiv 1,2 miljard dollar. In 2008 waren ze meer dan verzesvoudigd tot 7,7 miljard dollar. Deze stijging werd vooral gedragen door bilaterale en multilaterale initiatieven van de Verenigde Staten en een aantal Europese landen. In 2008 was 40% van alle betalingen voor internationale aidshulp door donorlanden afkomstig van de lidstaten van de Europese Unie (EU), de landen van de Europese Vrijhandelsassociatie (EVA) en de Europese Commissie. Gezien de huidige wereldwijde financiële crisis en concurrerende financieringsprioriteiten is het belangrijk dat de landen van de regio

de uitdaging aangaan om deze financieringsniveaus te handhaven en te verhogen en om ervoor te zorgen dat deze financiering zo doelmatig mogelijk wordt aangewend.

Preventie

Er zijn sterke aanwijzingen dat bepaalde populaties meer dan andere worden getroffen door hiv in Europa en Centraal-Azië. Het is een blijvende uitdaging ervoor te zorgen dat deze populaties op voldoende grote schaal toegang hebben tot de nodige hiv-preventiediensten. In het eerste voortgangsverslag over de Verklaring van Dublin wordt gewezen op het belang van de intensifiëring en uitbreiding van gerichte hiv-bestrijdingsinspanningen om de ongelijkheden te verminderen. Dat blijft een relevante kwestie in de regio.

Het is bekend dat injecterende druggebruikers bijzonder kwetsbaar zijn voor hiv-infecties en dat is zeker het geval voor de hele regio. Het is ook duidelijk dat de hiv-overdracht bij injecterende drugsgebruikers onder controle kan worden gehouden als effectieve diensten worden aangeboden op een voldoende grote schaal om het verschil te maken. Belangrijke graadmeters zijn onder meer het aantal naalden/spuiten per IDU dat elk jaar wordt verdeeld en het percentage IDU dat een substitutietherapie met opiaten krijgt. Alle landen moeten streven naar de hoge programmadekkingsgraad die sommige landen reeds hebben bereikt.

Het is ook bekend dat MSM bijzonder hard getroffen zijn door hiv in bepaalde landen en regio's, waaronder delen van Europa. MSM worden niet alleen bijzonder hard getroffen door hiv in het westelijke deel van de regio, er zijn ook aanwijzingen dat ze in andere delen van de regio meer worden getroffen dan tot nog toe werd onderkend. Deze aanwijzingen ondersteunen de vaststelling van het eerste voortgangsverslag dat er een verborgen hiv-epidemie heerst onder MSM. In sommige landen blijft het aantal infecties in deze groep stijgen. De redenen hiervoor zijn echter onduidelijk en kunnen verschillen van land tot land. Er is meer informatie over deze redenen nodig en die zou moeten worden verschaft door de lopende Europese internetstudie over homoseksualiteit (EMIS). Hoewel niet duidelijk is hoe de dekking van programma's voor MSM precies kan worden gemeten, kan toch worden vastgesteld dat de dekking in veel landen laag blijft en dat het percentage onbeveiligde anale seks onaantvaardbaar hoog blijft. Voor sommige landen zijn er ook aanwijzingen dat bepaalde groepen van MSM - jonge mannen, mannen die buiten de hoofdstad wonen, minder ontwikkelde mannen en mannen die zich biseksueel noemen - minder gemakkelijk worden bereikt door de hiv-programma's.

Hoewel sekswerkers wereldwijd worden beschouwd als een bijzondere risicogroep voor hiv-infecties, zijn er minder aanwijzingen dat dit het geval is in de regio. Zo is de prevalentie van hiv bij sekswerkers relatief laag in veel landen van de regio. Dat geldt evenwel niet voor alle sekswerkers. Het percentage hiv-infecties is hoger in sommige categorieën, zoals sekswerkers die ook drugs injecteren, mannelijke sekswerkers en transgenders, sekswerkers uit landen met een gegeneraliseerde epidemie en sekswerkers die op straat werken. Bij de sekswerkers in het algemeen is het condoomgebruik tijdens de commerciële seks vrij hoog en waarschijnlijk relevanter dan algemene graadmeters over de kennis van de sekswerkers.

Migranten uit landen met een veralgemeende hiv-epidemie worden in bijzondere mate getroffen door hiv. Hoewel sommige landen zich ook zorgen maken over andere migrantengroepen, zijn er, geen rekening houdend met ander risicogedrag zoals injecterend druggebruik, weinig overtuigende aanwijzingen dat deze groepen onevenredig worden getroffen door hiv. Migrantgerelateerde hiv-problemen hebben niet alleen betrekking op de preventie, maar ook op het verstrekken van behandeling en zorg. In veel landen zijn er bijzondere problemen die verband houden met de toegang van illegale migranten tot essentiële diensten zoals antiretrovirale therapie (ART).

Ook gevangenen, zeker als ze drugs injecteren, zijn zeer kwetsbaar voor hiv-infecties in de regio. Hoewel erkend wordt dat gevangenen en de gemeenschap moeten kunnen beschikken over dezelfde hiv-diensten, is dit niet het geval in veel landen van de regio. De landen van de EU/EVA hebben het voortouw genomen door substitutietherapie met opiaten aan te bieden in gevangenen, maar deze aanpak is niet overgenomen door veel andere landen in de regio. Deze leidende rol werd minder consequent vervuld met betrekking tot het verstrekken van steriel injectiemateriaal in gevangenen.

De mate waarin jongeren bijzonder kwetsbaar zijn voor hiv-infecties in de landen van de regio bleek een controversieel punt te zijn voor dit verslag. Jongeren kunnen uiteraard niet als een homogene groep worden beschouwd wat hiv-risico's betreft. Sommigen van hen, bv. jonge IDU en jonge MSM, lopen niettemin een aanzienlijk risico en er zijn aanwijzingen dat programmatische maatregelen deze groep minder goed kunnen bereiken dan de hogere leeftijdsgroepen. Hoewel meer dan drie kwart van de landen meldde dat hiv-voorlichting deel uitmaakte van het leerprogramma in het secundair onderwijs, baart het zorgen dat er geen uitgebreide voorlichting over seksuele gezondheid beschikbaar is voor alle jongeren in de regio en met name de jongsten, bv. in het basisonderwijs.

Leven met hiv

Alle landen die beschikten over tendensgegevens meldden een toename van het aantal mensen op ART sinds de aanneming van de Verklaring van Dublin. De vrees bestaat echter dat veel van deze landen vertrokken zijn van een zeer laag niveau van behandelingsverstrekking en dat niet iedereen die een behandeling nodig heeft ze snel krijgt.

Het belangrijkste probleem betreffende de snelle verstrekking van een behandeling aan wie ze nodig heeft, houdt geen verband met het verstrekken van een behandeling aan diegenen van wie bekend is dat ze er een nodig hebben, bv. met een CD4 < 350 cellen/mm³. Het probleem heeft eerder te maken met de mate waarin mensen met hiv in de regio die een behandeling nodig hebben, zich niet bewust zijn van hun hiv-status, d.w.z. niet gediagnosticeerd zijn. Uit ECDC-gegevens voor 2008 blijkt dat in 21 landen die gegevens hadden gerapporteerd over CD4-tellingen op het moment van de diagnose, meer dan de helft van de gevallen bij wie een CD4-telling was uitgevoerd een CD4-telling had van minder dan 350 cellen/mm³ toen ze werden gediagnosticeerd. Deze cijfers zijn zeer zorgwekkend omdat ze aangeven dat een aanzienlijk aantal mensen in de regio later met ART begint dan wordt aanbevolen.

Nagenoeg alle landen (84%) meldden dat stigmatisering en discriminatie worden aangepakt in de nationale strategieën of actiekaders voor hiv en aids, maar dat komt niet op consistente wijze tot uitdrukking in de beleidslijnen en programma's. Er zijn ook sterke aanwijzingen dat stigmatiserende en discriminerende opvattingen blijven bestaan in de landen van de regio en het is niet duidelijk in welke mate de beschikbare mechanismen ter bestrijding van stigmatisering en discriminatie worden gebruikt. Deze situatie is niet significant verbeterd sinds het eerste voortgangsverslag over de Verklaring van Dublin.

Controle van de tenuitvoerlegging van de Verklaring van Dublin

Een van de toezeggingen van de Verklaring van Dublin was dat de tenuitvoerlegging ervan zou worden gecontroleerd. De Europese Commissie vertrouwdde deze taak toe aan het ECDC. Dit verslag is het resultaat van een proces dat het ECDC heeft opgezet om deze taak te vervullen. Het is gebaseerd op de bijdragen van een breed scala van mensen en organisaties. Meer bepaald zijn de gegevens in dit verslag afkomstig van de 49 landen die hebben deelgenomen aan deze evaluatie.

Twee van de principes die werden gebruikt bij de evaluatie bestonden eruit dat bestaande gegevens en indicatoren zoveel mogelijk werden gebruikt en dat erop werd toegezien dat de gevolgde indicatoren relevant waren voor de context van de Europese en Centraal-Aziatische landen. Soms botsten deze principes, onder meer wanneer het ging over de mate waarin de UNGASS-indicatoren en -gegevens kunnen worden gebruikt voor het proces. De UNGASS-indicatoren zijn gebruikt waar mogelijk. Wanneer landen eerder gegevens voor de UNGASS hadden ingediend, is daar gebruik van gemaakt. Er werden gegevens ontvangen uit 12 landen die in 2008 geen rapport hadden ingediend bij de UNGASS. Voor de evaluatie mochten landen beschikbare gegevens voor specifieke thema's indienen, ook wanneer deze niet precies overeenstemden met de UNGASS-indicatoren. Daarnaast is er informatie verzameld voor bevolkingsgroepen waarvoor geen specifieke UNGASS-indicatoren bestaan, bv. gevangenen en migranten uit landen met een veralgemeende epidemie. Deze evaluatie komt tot de conclusie dat er meer aan de UNGASS zou worden gerapporteerd door de landen van de regio indien:

- de indicatoren relevanter waren voor de regio,
- de voordelen van internationale rapportage duidelijker tot uiting werden gebracht,
- één gecoördineerd internationaal rapportageproces werd toegepast om de rapportagelast voor de landen te verminderen.

Een snelle aanpak van deze problemen bleek een prioritaire zorg te zijn voor de landen van de regio die deelnamen aan deze evaluatie. Het ECDC wil een leidende rol spelen in dit regionale proces.

12 De A(H1N1)-pandemie van 2009 in Europa – Een evaluatie van de ervaringen

(Gepubliceerd in november 2010)

Dit uitgebreide rapport heeft tot doel een breed overzicht te geven van de epidemiologie en virologie van de pandemie van 2009 in de landen van de Europese Unie en de Europese Economische Ruimte (EU/EER) (27 EU-lidstaten plus Noorwegen en IJsland). Er wordt relevante achtergrondinformatie verstrekt over influenza-epidemieën en -pandemieën, met name over hun veranderlijkheid en onvoorspelbaarheid. De belangrijkste tendensen en informatie zijn afgeleid uit de analyse en interpretatie van de epidemiologische en virologische gegevens en andere analyses die via het Europees netwerk voor de surveillance van influenza (EISN) zijn verstrekt aan het Europees surveillancesysteem (TESSy) van het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC).

Uit deze gegevens en analyses blijkt dat de overdracht van het pandemische virus, nadat het was opgedoken in Noord-Amerika, ongeveer vanaf week 16/2009 in Europa begon. Dit virus kwam overeen met de zowel in Europa als elders vooraf vastgestelde criteria voor een pandemie. Er werd snel een geschikt surveillancesysteem voor de pandemie ontwikkeld en overeengekomen door het ECDC en de lidstaten van de EU/EER, met inbreng van de Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) en reeds getroffen landen buiten Europa. Het systeem was gebaseerd op reeds bestaande systemen, aangevuld met nieuwe elementen om de situatie te volgen bij diegenen die zwaar getroffen waren door het pandemische virus. Daarnaast werden methoden voor het verzamelen van epidemiologische informatie en het gericht volgen van de wetenschappelijke ontwikkelingen gebruikt om zo vroeg mogelijk belangrijke parameters vast te stellen die nodig zijn om risicobeoordelingen te maken met kennis van zaken, prognoses bij te stellen en tegenmaatregelen te onderbouwen.

Het Europees netwerk voor de surveillance van influenza meldde een eerste overdrachtsgolf in de lente/zomer die zich voordeed in de meeste landen, maar enkel opvallend was in een paar landen, en vooral in het Verenigd Koninkrijk. De virusoverdracht nam even af naarmate de zomer vorderde, maar nam weer toe bij het begin van de herfst, onmiddellijk na de heropening van de scholen. Ditmaal werden alle landen getroffen door de herfst/wintergolf die zich over het continent verplaatste van west naar oost. De Wereldgezondheidsorganisatie verklaarde de pandemie officieel voorbij in week 32/2010.

De meeste landen kenden in de herfst/winter een scherpe infectiegolf, die ongeveer 14 weken duurde en gepaard ging met een gelijkaardige golf van ziekenhuisopnames en overlijdens. De ernst van de ziekte varieerde evenwel van plaats tot plaats, zelfs binnen de landen. In totaal rapporteerden de EU/EER-landen 2 900 officiële overlijdens in de eerste 12 maanden, wanneer de lidstaten extra inspanningen leverden om deze gegevens te verzamelen. Er wordt echter onderkend dat dit slechts een deel van het werkelijke dodental van de pandemie is. Er werd een overmatige sterfte in het algemeen (ongeacht de oorzaak) vastgesteld bij schoolgaande kinderen. Hoewel dit een nooit eerder gezien influenzavirus was, hadden veel ouderen in Europa al een zekere immuniteit doordat ze in het begin van de jaren 1950 waren blootgesteld aan een vermoedelijk antigeen verwant virus. Het feit dat niet uniek was voor de pandemie van 2009 vormt een verklaring voor twee opmerkelijke verschillen met de interpandemische, of seizoengebonden, influenza: een lagere algemene mortaliteit en een hoger dan verwachte relatieve ziektelast en letaliteit bij jongeren. Hoewel veel ouderen beschermd bleken te zijn, was de letaliteit bij niet-beschermden ouderen hoger dan bij de andere leeftijdsgroepen.

Het pandemische virus verdrong de eerdere dominante interpandemische influenza A-virussen in Europa. Influenza B-virussen kwamen laat in het seizoen nog wel voor, maar op een laag niveau. Slechts een klein aantal pandemische virussen bleek resistent te zijn tegen oseltamivir en zeer weinige daarvan schenen te kunnen worden overgedragen van mens op mens. Hoewel de pandemische virussen niet identiek zijn, zijn er op heden weinig aanwijzingen voor significante antigene veranderingen of voor de opkomst van nieuwe dominante varianten. Een variant - A(H1N1)-D222G - zou gerelateerd zijn aan een ernstiger ziekte, maar er is nog geen causaal verband vastgesteld.

Hoewel uit anekdotisch bewijsmateriaal blijkt dat er meer lichte en asymptomatische gevallen waren dan bij de interpandemische influenza, waren er genoeg gevallen van acute respiratoire benauwdheid (ARDS) - een aandoening die slechts zeer uitzonderlijk voorkomt bij interpandemische influenza - om de intensive-care diensten op veel plaatsen onder spanning te zetten. Het aantal ziektegevallen was het hoogste bij jonge kinderen en uit landenverslagen blijkt dat het aantal infecties het hoogste was bij schoolgaande kinderen. Deze hoge ziektecijfers legden in sommige locaties een zware last op de eerstelijnsdiensten, de pediatrische diensten van ziekenhuizen en, vooral, de intensive-careafdelingen.

Bepaalde gegevens van serologische onderzoeken komen beschikbaar en ondersteunen de surveillancegegevens die erop wijzen dat er meer overdracht heeft plaatsgevonden dan de klinische tekenen lieten vermoeden. Deze gegevens volstaan echter nog niet om betrouwbare voorspellingen te doen over wat er de volgende winter (2010-2011) gaat gebeuren. Hiertoe zijn de ervaringen van de landen met een gematigd klimaat in het zuidelijke halfrond tijdens de Europese zomerperiode van 2010 zeer veelzeggend geweest.

In de beginfase was de pandemie veel minder ernstig dan gevreesd. Dit kwam naar voren in de vroege ECDC-risicobeoordelingen⁶, WGO-rapporten en briefings van het ECDC aan de nationale en Europese autoriteiten. Het absentieïsme bleef laag, zodat de ziekte ook weinig effect had op de diensten buiten de gezondheidssector. Door deze en andere kenmerken was dit de meest goedaardige pandemie waar Europa op had kunnen hopen.

Aangezien de pandemie van 2009 een minder grote bedreiging was dan waarop veel landen zich hadden voorbereid, vormde ze een goede test voor de flexibiliteit van de bestaande plannen. Ze deed zich voor in een periode dat diagnostische tests snel beschikbaar werden gesteld, alsook preventieve farmaceutische tegenmaatregelen zoals antivirale middelen, die weinig resistent zijn tegen neuraminidaseremmers maar vrijwel volledig resistent tegen oudere adamantanen, en geschikte vaccins, die sneller werden ontwikkeld dan ooit tevoren. Al deze ontwikkelingen gingen evenwel gepaard met een aantal problemen en brachten nieuwe uitdagingen en verrassingen mee. Zoals eerder gezegd, was de incidentie van ARDS hoger dan verwacht, terwijl veel intensive-careafdelingen reeds onder druk stonden, zonder dat dit per se het geval was voor de rest van de ziekenhuisafdelingen. Een meer welkome verrassing was het feit dat de snel bereide pandemische vaccins een zo goede immunologische reactie vertoonden, dat voor veel preparaten slechts één dosis moest worden toegediend bij volwassenen. Zij bleken ook doeltreffend en aanvaardbaar veilig te zijn, hoewel de surveillance na het in de handel brengen nog moest worden voortgezet om te bepalen hoe veilig ze precies zijn. Toen de vaccins beschikbaar werden gesteld, waren de gezondheidswerkers niet allemaal even enthousiast om tot vaccinatie over te gaan. Er zijn nog geen betrouwbare dekkingsgegevens op EU-niveau beschikbaar, maar de indruk bestaat dat de dekking in Europa zeer sterk varieert en dat slechts een paar landen een hoge dekking bereiken bij de hele bevolking of specifieke risicogroepen.

Dat dit vaccin niet algemeen aanvaard werd, was gedeeltelijk te wijten aan de moeilijkheid om de complexe risicocommunicatie boodschap over te brengen die de mensen hoofdzakelijk vertelde dat hun kans op een ernstige ziekte na de infectie zeer klein was, tenzij ze tot een risicogroep behoorden (jonge kinderen, mensen met chronische gezondheidsproblemen en zwangere vrouwen). Omdat echter 25% tot 30% van de officiële overlijdens zich voordeed bij voorheen gezonde mensen van minder dan 65 jaar, was er een tweede boodschap die zei dat er een klein maar reëel risico op ernstige ziekte en overlijden door de pandemie aanwezig was bij alle gezonde volwassenen en kinderen. De uitdagingen voor de risicocommunicatie waren daarom erg groot.

Alles in aanmerking genomen, kan wellicht worden gesteld dat de EU/EER de pandemie redelijk goed heeft aangepakt. Geen enkel land heeft overgereageerd en de door de Commissie, de WGO en het ECDC ontwikkelde systemen voor het bespreken en uitwisselen van informatie en analyses bleken flexibel en nuttig te zijn. De virologische en op eerstelijnszorg gebaseerde surveillance via het EISN-netwerk werkte goed en vormde een aanvulling op de gegevens afkomstig van de ECDC-bronnen voor het verzamelen van epidemiologische informatie en het gericht volgen van de wetenschappelijke ontwikkelingen. Minder geslaagd was het uitwisselen van analyses uit de eerst getroffen landen en gelukkig waren er snel gegevens en analyses beschikbaar uit Noord-Amerika en het zuidelijke halfrond. Veel evaluaties en activiteiten op basis van getrokken lessen zijn al in uitvoering, maar een aantal algemene lessen dringen zich meteen op:

- er moeten definities van de ernst van een pandemie worden overeengekomen, zodat de flexibiliteit van de paraatheidsplannen kan worden verbeterd,
- indien vooraf routine surveillancesystemen worden opgezet, moet er veel minder worden gewijzigd in geval van een crisis of zelfs een pandemie,
- de routinesurveillance van de zwaarste gevallen in ziekenhuizen en bij overlijdens zou moeten worden verbeterd,
- het delen van vroege analyses uit de eerst getroffen landen zou in de toekomst beter moeten gebeuren,
- er dient veel werk te worden verricht, met inbegrip van onderzoek en ontwikkeling, om de sero-epidemiologie direct beschikbaar te maken, en
- voor de modellering tijdens een pandemie moet meer rekening worden gehouden met de beleidslijnen en acties in geheel Europa, en niet enkel in één of twee landen.

De pandemiedraaiboeken moeten worden herzien, aangezien de opkomst van deze pandemie niet uitsluit dat er in de nabije toekomst een andere pandemie de kop opsteekt, bijvoorbeeld een H5- of H7-pandemie. In de volgende draaiboeken moet meer plaats zijn voor flexibiliteit om te kunnen reageren op verschillende ernstgraden en verschillende combinaties van de "bekende onbekenden" die door het ECDC zijn vastgesteld voor pandemieën. Dit zou gemakkelijker kunnen worden bewerkstelligd als er enige consensus werd bereikt over een Europese visie inzake het beoordelen van de ernstgraad, zodat de reacties kunnen worden aangepast aan de schaal en de kenmerken van de pandemie. Deze draaiboeken moeten ook bijdragen aan de consolidatie en duurzaamheid van de influenza surveillancesystemen die zijn opgezet om tegemoet te komen aan de eisen van de pandemie, met name ernstige acute respiratoire infecties, aan de ziekte toe te schrijven mortaliteit en uiteindelijk sero-epidemiologische surveillance. Deze surveillancewerkzaamheden moeten worden geprioriteerd, de nodige middelen

⁶ Hier beschikbaar: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

moeten eraan worden toegewezen en zij moeten in de interpandemische periode kunnen evolueren en worden getest, zodat ze beter aangepast en doeltreffender zijn wanneer de volgende grote crisis uitbreekt.

13 Voortgang ten aanzien van de eliminatie van tbc – Vervolgcontrole van het kaderactieplan voor de bestrijding van tuberculose in de Europese Unie

(Gepubliceerd in november 2010)

Inleiding

Het kaderactieplan voor de bestrijding van tuberculose in de Europese Unie is in 2008 gelanceerd door het Europees Centrum voor ziektepreventie en -bestrijding (ECDC). Op basis van een verzoek van de EU-gezondheidscommissaris om een controlekader ter ondersteuning van het plan te ontwikkelen, heeft het ECDC nu een vervolgcontrole van het kaderactieplan uitgewerkt. De doelstellingen van de vervolgcontrole van het kaderactieplan zijn: enerzijds een overzicht geven van de huidige strategische omgeving voor de bestrijding van tbc in de EU en uiteenzetten hoe dit kadert in de mondiale situatie en anderzijds een epidemiologisch en strategisch controlekader beschrijven waarmee de voortgang ten aanzien van de eliminatie van tuberculose in de EU kan worden beoordeeld.

Strategische omgeving op Europees en mondiaal niveau

Het huidige niveau van de tbc-epidemie in de EU vereist een specifiek controlekader dat direct relevant is voor de Europese epidemiologische context en gemakkelijk kan worden toegepast door de lidstaten. Daarom is voor de ontwikkeling van een controlekader een grondig inzicht in de te controleren epidemiologische en strategische omgeving nodig. Dit vervolgverslag geeft bijgevolg een overzicht van de huidige omgeving op Europees en mondiaal niveau, in het besef dat een wereldomvattende tbc-bestrijdingsstrategie noodzakelijk is gezien de geglobaliseerde context van de tbc-epidemie.

Controle van het kaderactieplan

In dit verslag wordt een aantal epidemiologische en operationele kernindicatoren en -doelstellingen voorgesteld als een integrerend deel van het controlekader. Zij zijn verenigbaar met de indicatoren en doelstellingen die al worden gecontroleerd in het kader van bestaande mondiale en regionale samenwerkingen en kunnen in het algemeen worden afgeleid van reeds door de landen verzamelde en gerapporteerde informatie. Alle kernindicatoren van de vervolgcontrole hebben specifiek betrekking op de acht strategische gebieden van het kaderactieplan, zodat de voortgang van elk gebied kan worden beoordeeld.

Epidemiologische indicatoren

- 1 Trends in het aantal meldingen van tbc
- 2 Trends in het aantal meldingen van multiresistente tbc
- 3 Trends in de verhouding van het aantal meldingen van tbc bij kinderen en volwassenen
- 4 Trends in de gemiddelde leeftijd van tbc-gevallen

Operationele indicatoren

- 1 Beschikbaarheid van een nationaal tbc-bestrijdingsplan
- 2 Beschikbaarheid van richtsnoeren voor de tenuitvoerlegging van het nationale tbc-bestrijdingsplan
- 3 Percentage nationale tbc-referentielaboratoria (deelnemend aan ERLN-TB) die adequaat presteren in het systeem van externe kwaliteitsborging
- 4 Beschikbaarheid van een strategie voor de invoering en het gebruik van nieuwe tbc-bestrijdingsinstrumenten
- 5 Percentage nieuwe gevallen van door kweek bevestigde pulmonaire tbc en percentage gevallen die zijn getest op hun gevoeligheid voor eerstelijns geneesmiddelen
- 6 Percentage lidstaten die het succespercentage van behandelingen rapporteren
- 7 Succespercentage van behandelingen
- 8 Percentage tbc-patiënten met bekende hiv-status

Bijlage: ECDC-publicaties 2010

Technische rapporten

Mei

Risk assessment on Q fever

Juni

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

September

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

Oktober

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

November

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

December

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

ECDC-richtsnoeren

Oktober

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

December

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

Surveillancerapporten

Maart

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Mei

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Oktober

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

November

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Speciale rapporten

Juli

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

September

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

November

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Notulen

Januari

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

Februari

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Maart

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

April

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Mei

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Juni

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Juli

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

December

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

Missieverslagen

Februari

Public consultation and the advancement of the health system in the Former Yugoslav Republic of Macedonia

Oktober

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

Technische documenten

Maart

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

September

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Gepubliceerd door de Wereldgezondheidsorganisatie.

Publicaties van het ECDC

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010-2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Periodieke publicaties

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

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