



ECDC **CORPORATE**

Oppsummering av viktige publikasjoner 2008

ECDC CORPORATE

Oppsummering av viktige publikasjoner 2008



Stockholm, juni 2009

© Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer, 2009

Kopiering er tillatt såfremt det henvises til kilden.

Oversatt fra originalen "Summary of key publications 2008". Dette dokumentet er oversatt fra engelsk. Hvis det er uoverensstemmelser mellom den engelske teksten og den norske oversettelsen, skal den engelske versjonen gjelde.

Innholdsfortegnelse

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Innledning..... | 1 |
| Teknisk rapport | 2 |
| 1. Review of chlamydia control activities in EU countries [Gjennomgang av kontrolltiltak mot klamydia i EU-landene]..... | 2 |
| Veiledning fra ECDC | 4 |
| 2. Veiledning for innføring av HPV-vaksiner i EU-landene | 4 |
| 3. Priority risk groups for influenza vaccination [Prioriterte risikogrupper for influensavaksinasjon] | 6 |
| Overvåkingsrapporter | 8 |
| 4. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2008] – Rapport om smittsomme sykdommer i EU- og EØS/EFTA-landene | 8 |
| 5. HIV/AIDS surveillance in Europe [Overvåking av HIV/AIDS i Europa] | 11 |
| Spesialrapporter | 13 |
| 6. Handlingsplan for bekjempelse av tuberkulose i Den europeiske union | 13 |
| 7. Surveillance of communicable diseases in the European Union, a long-term strategy: [Overvåking av smittsomme sykdommer i EU, en langsiktig strategi:] 2008–2013 | 14 |
| Møterapporter | 16 |
| 8. Infectious diseases and social determinants [Smittsomme sykdommer og sosiale faktorer] | 16 |
| 9. Environmental change and infectious disease workshop [Seminar om miljøendringer og smittsomme sykdommer] | 17 |
| Vedlegg: ECDC-publikasjoner i 2008 | 19 |

Innledning

I 2008 publiserte Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer (European Centre for Disease Prevention and Control – ECDC) totalt 21 vitenskapelige dokumenter. Noen av de viktigste dokumentene var *Handlingsplan for bekjempelse av tuberkulose i Den europeiske union*, veiledning om retningslinjer for innføring av vaksine mot humant papillomavirus (HPV) og de to overvåkingsrapportene: *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2008]* og *HIV/AIDS surveillance in Europe – 2007 [Overvåking av HIV/AIDS i Europa – 2007]*. Den sistnevnte rapporten ble for første gang utarbeidet i samarbeid den europeiske seksjonen av Verdens helseorganisasjon (WHO Europaregionen) og kartlegger situasjonen i EU- og EØS-landene, i tillegg til situasjonen i de andre 23 landene i WHO Europaregionen.

Det er laget en oppsummering av utvalgte ECDC-dokumenter, blant annet de som er nevnt ovenfor, for at beslutningstakere skal ha tilgang til dem på alle EU-språkene. Oppsummeringene gjenspeiler tonen i originalpublikasjonene, men noen viktige nyanser kan ha gått tapt i prosessen. De som ønsker mer detaljert informasjon, bør lese dokumentene i sin helhet. De ligger i elektronisk format på:

<http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

I vedlegget finnes en oversikt over alle publikasjoner fra ECDC i 2008. Alle publikasjonene finnes i elektronisk format via koblingen ovenfor, der du også kan lese en kort beskrivelse av innholdet i hver publikasjon. Noen rapporter finnes også i papirutgave. Hvis du ønsker en papirutgave, kan du sende en e-post til publications@ecdc.europa.eu

Teknisk rapport

1. Review of chlamydia control activities in EU countries [Gjennomgang av kontrolltiltak mot klamydia i EU-landene]

(Publisert mai 2008)

I denne rapporten gjøres det rede for omfanget av og funnene i prosjektet "Screening for Chlamydia Review" in Europe (SCREEn). Dette er sannsynligvis den største studien som er utført om hvilke kontrolltiltak mot klamydia som er iverksatt i EU. Prosjektet ble gjennomført fra november 2006 til august 2007, og det ble samlet inn data fra EU-medlemslandene, EU-kandidatlandene, EFTA-landene og USA.

I SCREEn-prosjektet ble det samlet inn detaljert informasjon om diagnostisering av klamydia, screening for klamydia, håndtering av klamydiatilfeller, studier av forekomsten av klamydia og en rekke relaterte emner om folkehelsen. Informasjonen ble samlet inn gjennom et spørreskjema som ble sendt i posten til alle deltakerne i EU-landene og kandidatlandene, og omfattende besøk til helsemyndigheter og tilbydere av helsetjenester i utvalgte medlemsland. Prosjektet gir dyp innsikt i hvilke strategier de nasjonale helsemyndighetene tar i bruk for å forebygge og kontrollere klamydiainfeksjon.

Det overordnede målet med prosjektet var å få en oversikt over hvilke kontrollprogrammer og aktiviteter som er iverksatt i medlemslandene, og å gi anbefalinger om hvordan klamydia kan forebygges og kontrolleres mer effektivt i regionen. De spesifikke målene var:

- å samle inn systematisk informasjon om hvilke folkehelseiltak som er iverksatt for å kontrollere *C. trachomatis* i EU- og kandidatlandene, land som grenser til EU-landene og USA
- å sammenligne informasjon fra disse landene om demografiske og økonomiske indikatorer, helsesystemer, forekomst av klamydia og seksualvaneundersøkelser
- å opprette en elektronisk database for lagring av informasjonen
- å samle inn detaljert informasjon om kontrolltiltak mot klamydia fra utvalgte EU-land
- å gi anbefalinger til ECDC om folkehelseiltak og videre forskningsbehov

Av 34 utvalgte land svarte 29 europeiske land og USA (totalt var det 88 % som svarte). Det ble ikke mottatt data fra Kypros, Slovakia, Polen og Kroatia. Dette var noen av de viktigste funnene i undersøkelsen:

- Av de 29 europeiske deltakerlandene hadde 17 land minst ett sett med publiserte retningslinjer for klinisk praksis, anbefalt av en nasjonal instans, som omhandlet aspekter for håndtering av personer med klamydiainfeksjon. I tre EU-medlemsland (Bulgaria, Hellas og Finland) ble det arbeidet med å utarbeide eller publisere retningslinjer.
- I alle deltakerlandene var det mulig å teste seg for klamydia hos gynekologer eller på klinikker. Testing var i 23 land en del av den primære helsetjenesten. I fem land var det mulig å kjøpe klamydiatest på apotek eller ved andre utsalgssteder.
- I landene som bruker smittesporing, ble det rapportert at det oftest enten var legen selv som utførte dette eller at pasienten ble henvist til en spesialklinikk.
- Nukleinsyreamplifiseringsstester var delvis tilgjengelige i alle land med unntak av ett. I ni land ble under 50 % av prøvene testet ved bruk av nukleinsyreamplifiseringstester.
- De fleste landene hadde et system for rapportering av påviste klamydiainfeksjoner til offentlige helsemyndigheter, men i ca. en tredjedel av landene var det ingen rutinemessig rapportering av disse dataene.
- I 13 land ble det gitt rutinemessig informasjon om hvilke kliniske komplikasjoner som kan forårsakes av klamydia.
- Det var gjennomført undersøkelser om seksualvaner / seksuell atferd og forekomsten av klamydia i åtte land. I sju land var det gjort undersøkelser om forekomsten av klamydia i befolkningen.

I SCREEn-prosjektet var det behov for å kategorisere landene, så det ble også utarbeidet en typologi over kontrolltiltak mot klamydia. Typologien var basert på prinsippene for kontroll av seksuelt overførbare infeksjoner. Kategoriene for kontrolltiltak mot klamydia var:

- ingen organiserte tiltak (13 land: Bulgaria, Finland, Hellas, Irland, Liechtenstein, Luxembourg, Malta, Portugal, Romania, Slovenia, Spania, Sveits og Tyrkia)
- tiltak ved enkelttilfeller (fem land: Østerrike, Tsjekkia, Tyskland, Italia og Litauen)

- aktiv påvisning av tilfeller (tre land: Belgia, Frankrike og Ungarn)
- opportunistisk testing (seks land: Danmark, Estland, Island, Latvia, Norge og Sverige)
- organisert screening (to land: Nederland og Storbritannia (bare England)).

Resultatene viste at to land i Europa har et organisert screeningprogram for klamydia, enten et kontinuerlig screeningprogram (England, Storbritannia, opportunistisk) eller pilot-screeningprogram (Nederland, proaktivt). Ni andre land oppga at det er planer om å innføre et screeningprogram med en opportunistisk, proaktiv eller foreløpig ubestemt tilnæringsmåte. Fem av disse landene har per i dag ingen retningslinjer for håndtering av klamydiatilfeller. I tillegg utføres screening for klamydia blant gravide kvinner i Estland og Latvia og i to regioner av Danmark sendes det årlig ut brev med tilbud om screening for klamydia til personer i alderen 18–19 eller 21–22 år.

Typologien som ble utarbeidet i forbindelse med SCREEn-prosjektet kan i fremtiden brukes for overvåke hvor effektive kontrolltiltakene mot klamydia er på nasjonalt nivå. I tillegg kan den beslutningstakere utgjøre et verktøy for å finne ut hvilke tiltak som bør styrkes eller iverksettes.

Veiledning fra ECDC

2. Veiledning for innføring av HPV-vaksiner i EU-landene

(Publisert januar 2008)

Dette dokumentet gir en oversikt over det vitenskapelige grunnlaget for innføring av vaksine mot humant papillomavirus (HPV). Dokumentet kan brukes av beslutningstakere i EU-landene når det skal utarbeides retningslinjer på området. I dokumentet gjøres det rede for hvilke forhold som må vurderes, og det inneholder en oversikt over mulige retningslinjer for hvert av disse forholdene.

Denne veiledningen er utarbeidet av et ekspertpanel av forskere. Ekspertpanelet var nedsatt av og ble koordinert av ECDC, og gransket av ECDCs rådgivende forum.

Livmorhalskreft og infeksjon med humant papillomavirus i Den europeiske union

Livmorhalskreft er den nest vanligste kreftformen etter brystkreft i Den europeiske union. Kvinner i alderen 15-44 år rammes. Hvert år påvises om lag 33 000 tilfeller av livmorhalskreft i EU, og sykdommen fører til 15 000 dødsfall. Hovedårsaken til livmorhalskreft er en vedvarende infeksjon i underlivet forårsaket av en type høyrisiko humant papillomavirus (HPV).

Genitale HPV-infeksjoner er svært vanlige, og smitten skjer ofte rett etter seksuell debut. De fleste slike infeksjoner leges spontant, men vedvarende HPV-infeksjoner med høyrisiko HPV kan føre til celleforandringer i livmorhalsen som kan gi livmorhalskreft. Høyrisikotyper av HPV er også assosiert med andre anogenitale kreftformer samt hode- og nakkekraft hos både menn og kvinner. Dessuten forårsaker noen lavrisikotyper av HPV kjønnsvorter hos både kvinner og menn.

Vaksine mot humant papillomavirus

To typer profylaktiske HPV-vaksiner er tillatt markedsført i Europa: den kvadrivalente vaksinen Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) og den bivalente vaksinen Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Begge vaksinene er laget av viruslignende partikler og er ikke-infeksiøse. De har en god sikkerhetsprofil og beskytter mot høyrisikotypene HPV 16 og 18, som forårsaker ca. 73 % av tilfellene av livmorhalskreft i Europa. Gardasil beskytter også mot HPV 6 og 11, som forårsaker de flere tilfellene av kjønnsvorter. I store fase III-forsøk har begge vaksinene vist seg å forebygge over 90 % av de prekanserøse lesjonene som assosieres med type 16 eller 18 hos HPV-naive kvinner. Vaksinene gis i tre doser over en seks månedersperiode.

HPV-vaksiner og screening for livmorhalskreft

Screeningprogrammer for livmorhalskreft som er godt organisert, som oppnår høy dekningsgrad og omfatter effektiv oppfølging og behandling av kvinner med abnormal cytologi, har vist seg å redusere forekomsten av livmorhalskreft med over 80 %. Organiserte screeningprogrammer har lyktes bedre enn opportunistiske screeningprogrammer når det gjelder å nå de mest risikoutsatte kvinnene, etablere rutiner for kvalitetskontroll og overvåke standardiserte aktivitetstiltak og effekter av disse.

HPV-vaksinen er et nytt, supplerende verktøy i arbeidet med å forbedre kontrollen av livmorhalskreft. Den eliminerer imidlertid ikke behovet for screening, heller ikke blant kvinner som er vaksinert mot HPV type 16 og 18, ettersom de fortsatt kan få andre høyrisikotyper. Nasjonale myndigheter bør fortsette arbeidet med å organisere og forbedre screeningprogrammernes dekning og kvalitet, uavhengig av vaksinasjonsinnføringen. Organisering av screeningprogrammer der slike ikke finnes, er en prioritert oppgave.

Utbredt vaksinerer vil gi en viss reduksjon i HPV-relaterte cytologiske abnormaliteter. Vaksinerte kvinner kan også få en falsk følelse av trygghet, noe som kan medføre redusert deltakelse i screeningprogrammene. Disse programmene må derfor overvåkes nøye og kvinnene informeres og motiveres til å delta selv om de er vaksinert. En av de viktigste utfordringene vil være å oppnå synergieffekt mellom vaksinerer og screening på en kostnadseffektiv måte og med maksimalt utbytte for kvinnene.

Hvem bør vaksineres? Definerings av målgrupper for HPV-vaksinasjon

For å optimere effekten av de nye vaksinerne på HPV-relaterte sykdommer, er den primære målgruppen som må vurderes for rutinemessig vaksinasjon jenter som er i en alder like før de blir seksuelt aktive (og dermed utsatt for risiko for HPV-smitte). Å sette alderen for vaksinasjon lavere vil ikke forebygge mange smittetilfeller og bør unngås inntil det foreligger dokumentasjon på at vaksinerne har en langvarig beskyttende effekt (over 15-20 år). Ved å henvende seg til litt eldre jenter og unge kvinner med såkalt innhentingsvaksinasjon i begynnelsen av det rutinemessige vaksinasjonsprogrammet, vil man trolig kunne akselerere virkningen av vaksinasjonsprogrammet og øke utbyttet av vaksinerne på lang sikt.

Landspesifikke faktorer vil ha betydning når alder for rutinemessig vaksinasjon og eventuell innhentingsvaksinasjon fastsettes. Blant disse faktorene er gjennomsnittsalder for seksuell debut, aldersspesifikk forekomst av HPV-infeksjoner (om tilgjengelig), strategier for administrasjon av vaksinerne og aksept for vaksinasjon i målgruppen (og deres foresatte).

Selektiv vaksinerings av høyrisikogrupper alene synes ikke å være verken praktisk eller mer effektivt enn å vaksinere alle jenter. Det kan imidlertid bli nødvendig å vurdere nærmere selektiv/opportunistisk vaksinasjon av noen personer med høy risiko, i tillegg til rutinemessig vaksinasjon.

Strategialternativer for HPV-vaksinasjon i EU

Skolebasert HPV-vaksinasjon av jenter under pubertetsalder er sannsynligvis det billigste alternativet. Lokale forhold - som hvorvidt det finnes skolehelsetjenester, hvordan vaksinerne og vaksinerings finansieres og foreldresamtykke innhentes - kan imidlertid ha betydning for om denne tilnæringsmåten er aktuell.

Vaksinasjon ved poliklinikk eller legekantor, som finnes over alt, kan være en alternativ eller supplerende mulighet. Dette kan bli dyrere enn skolebasert vaksinasjon, og overvåkingen av vaksinasjonsrate kan dessuten bli vanskeligere.

Klinikker som har spesialisert seg innen reproduktiv og seksuell helse og andre medisinske klinikker spesielt rettet mot kvinner kan være viktige vaksinasjonssteder. Jenter besøker imidlertid sjelden slike klinikker før seksuell debut og vil derfor sannsynligvis ha størst nytte i forbindelse med innhentingsvaksinasjon for eldre ungdom og voksne kvinner. HPV-vaksinen kan også gis til jenter i "vanskelig tilgjengelige" miljøer og som opportunistisk vaksinasjon når jenter besøker helsetjenestene av andre årsaker. Bruk av disse miljøene kan bidra til å øke vaksinasjonsraten.

Eksisterende vaksinasjonsprogrammer for ungdom og andre pågående helsetiltak bør tas i betraktning når strategiene for administrasjon av HPV-vaksiner skal planlegges. Uansett hvor vaksinerne gis, er det avgjørende å formidle budskapet om at vaksinasjon er et tilleggstilbud og ikke en erstatning for livmorkreftscreening.

Modellering av kostnader og resultater av HPV-vaksinasjon

HPV-vaksinasjon bør evalueres ikke bare i et effektivitets- men også i et økonomisk perspektiv. Den økonomiske evalueringen skal fastslå hvorvidt de samfunnsmessige kostnadene ved å redde et leveår justert for kvalitet (kvalitetsjustert leveår eller QALY) som følge av HPV-vaksinasjon er i tråd med kostnadene for andre allment aksepterte intervensjoner i helsesektoren.

Økonomiske evalueringer lar seg imidlertid ikke alltid overføre fra ett land til et annet, fordi kostnadsnivå og helsesystemer varierer. Hvert enkelt land bør derfor gjennomføre en slik evaluering (som også tar i betraktning hvilke typer screeningprogrammer for livmorhalskreft som finnes) før beslutningen om hvilken strategi som best / mest effektivt forebygger livmorhalskreft tas.

De økonomiske evalueringene som er gjort så langt, synes å tyde på at HPV-vaksinasjon av jenter under pubertetsalder (med eller uten innhentingsvaksinasjon av eldre aldersgrupper) har en akseptabel kostnadseffektivitet. Resultatene er gunstigere når dynamiske simuleringmodeller, som også tar hensyn til effekten av vaksinasjon på transmisjonsrate, benyttes.

Overvåking og evaluering av effekten av HPV-vaksinasjon

Selv om vaksinen er godkjent, må evalueringsstudier gjennomføres for å fastslå vaksinasjonsrate og compliance, vaksinens langsiktige virkning og effektivitet, integrering av vaksinasjonsprogrammet i andre strategier - som organiserte screeningprogrammer for livmorhalskreft og sikkerheten ved vaksinasjon. Samordning av vaksinasjonsovervåking og kreftkontrollprogrammer vil være av avgjørende betydning for å kunne vurdere effekten og fordelene av vaksinasjon opp mot eksisterende forebyggende tiltak, deriblant screening.

Metoder for å vurdere effekten av vaksinasjon på klinisk relevante sykdomsendepunkter vil kunne omfatte overvåking av forekomsten av vaksinerelatert HPV-infeksjon, prekanserøse lesjoner eller krefttilfeller gjennom eksisterende eller nyopprettede laboratorier, cytologiske registre eller kreftregistre.

Det har også blitt foreslått å gjennomføre fase IV-forsøk for å evaluere effekten av HPV-vaksinasjon på folkehelsen. Slike forsøk kan gi ytterligere informasjon om forekomsten av abnormale og prekanserøse celler i tillegg til kreftforekomst og dødelighet. Fase IV-forsøk kan også være nyttige når en mulig integrering av livmorhalscreening- og vaksinasjonsprogrammer skal vurderes. Overvåking basert på systematisk registrering av HPV-vaksinasjon og koblingsundersøkelser ved hjelp av relevante helseregistre kan benyttes til å vurdere effekten av vaksiner under feltforhold.

Et minstemål av opplysninger for overvåking av HPV-vaksinasjon bør omfatte data om vaksinasjonsdekning, overvåking av bivirkninger av vaksinasjon og minst en såkalt "sentinel surveillance" av effekten på prekanserøse lesjoner.

3. Priority risk groups for influenza vaccination [Prioriterte risikogrupper for influensavaksinasjon]

(Publisert august 2008)

På oppfordring fra Europakommisjonen har ECDC foretatt en folkehelsevitenskapelig gjennomgang av risikogrupperne for sesonginfluensa¹ og andre grupper som i Europa tilbys vaksinasjon mot influensa. De konkrete målene med studien var:

- å beskrive de risikogrupperne i EU/EØS som anbefales vaksinasjon og å gi opplysninger om andre grupper som tilbys vaksinasjon
- å sammenfatte den underbyggende dokumentasjonen for de risikogrupperne som anbefales vaksinasjon,
- å foreslå en prioritering av risikogrupperne i EU, basert på klare kriterier
- å foreta en grov vurdering av hvor mange mennesker i EU de prioriterte risikogrupperne utgjør
- å identifisere områder for det videre arbeidet, herunder forskning og utvikling

Beskrivelsen av risikogrupperne for influensa og andre grupper som per i dag tilbys vaksinasjon, stammer fra en undersøkelse gjennomført av VENICE-prosjektet i samarbeid med ECDC i 2008. I henhold til kriteriene utarbeidet av ECDC/VENICE, bør en risikogruppe være en veldefinert gruppe som har vist seg å ha større sannsynlighet for å utvikle alvorlig sykdom enn andre. I tillegg bør det foreligge publisert dokumentasjon på at risikoen for å bli smittet blir redusert ved vaksinasjon. Hva angår det første kriteriet, var det et problem at det for tiden ikke foretas noen rutinemessig overvåking av alvorlig influensarelatert sykdom og død i Europa. Kriterier relatert til helsearbeidere (primært vaksinasjon av helsearbeidere) som ikke viste nytte for pasientene, ble tatt til etterretning, men ble lavere vektet — med unntak av en gruppe helsearbeidere, nemlig de som arbeider med eldre mennesker i døgninstitusjoner, da det her er godt dokumentert at vaksinasjon har en beskyttende effekt i forhold til pasientene. Endelig ble graden av konsensus mellom EU-landene tatt til etterretning.

Analysen av litteraturen viser at det er to risikogrupper i Europa hvor vitenskapelige og helsemessige årsaker berettiger rutinemessig årlig vaksinasjon mot sesonginfluensa. Disse er:

- eldre, vanligvis over 65 år
- mennesker med kroniske medisinske tilstander, særlig sykdommer i følgende kategorier:
 - kroniske luftveissykdommer
 - kroniske hjerte-karsykdommer
 - kroniske stoffskiftelidelser
 - kroniske nyre- og leversykdommer
 - personer med nedsatt immunforsvar (medfødt eller ervervet)
 - unge mennesker under langtidsbehandling med salicylat
 - og personer med lidelser som påvirker åndedrettsfunksjonen.

Dette er også de eneste risikogrupperne hele Den europeiske union er enige om. Den nøyaktige definisjonen av aldersgruppen "eldre" er noe vilkårlig (over 64 år, over 59 år osv.), og et par land har allerede gått bort fra kriteriet over 64 år på bakgrunn av nasjonale forhold og analyser.

Det finnes dessuten en del gode argumenter for å tilby vaksinasjon til to andre risikogrupper, nemlig gravide kvinner og barn (definisjonen varierer fra "under 2 år" til "under 5 år"). Men for begge disse grupperne er informasjonen tilgjengelig i Europa begrenset, både om risiko og effekt, og det er derfor ikke oppnådd enighet om dette på europeisk plan. Datagrunnlaget er ikke tilstrekkelig til å kunne definere disse to grupperne som risikogrupper i EU, og de vil måtte revurderes etter hvert som mer informasjon og data kommer fram. Særlig

¹ Risikogrupper for influensa er her definert som grupper av personer som har større sannsynlighet for å rammes av alvorlig sykdom dersom de smittes, og som man vet har nytte av vaksinasjon ved at faren for smitte reduseres.

viktig er det å samle inn data om effekten av vaksinasjon i disse gruppene, slik at man etter ytterligere evalueringer kan komme til en enighet.

Noen grupper tilbys også ofte vaksine uten at de tilhører noen risikogruppe, og uten at sterke folkehelsehensyn tilsier dette. Det er f.eks. betydelig enighet i EU om at alle helsearbeidere som har kontakt med pasienter, bør vaksineres (for å beskytte dem selv). Det foreligger sterk forsøksbasert dokumentasjon på at vaksinasjon av personer med omsorg for eldre på døgninstitusjon indirekte kommer pasientene til gode ved at de beskyttes mot alvorlige utfall av influensasmitte. Det er imidlertid verdt å merke seg at de fleste helsearbeidere i Europa takker nei til slik vaksinasjon. Det foreligger ingen entydig dokumentasjon på nytteverdien av å tilby influensavaksine til medlemmer av husholdningen til mennesker som tilhører de to hovedrisikogruppene.

Det er foretatt grove beregninger av hvor mange mennesker som tilhører de to viktigste risikogruppene i EU, og hvor stor andel av befolkningen disse utgjør. Ifølge en metode benyttet i denne studien tilhører om lag 25 % av befolkningen i EU minst én av de to viktigste risikogruppene og bør derfor vaksineres. Andre nasjonale estimater varierer fra 19 % til 28 %, avhengig av andelen eldre i de enkelte lands befolkning. Dette vil i EU totalt utgjøre omtrent 125 millioner mennesker, fordelt på to tredjedeler (ca. 84 mill. mennesker) i aldersgruppen 65+ og én tredjedel (ca. 41 mill.) yngre mennesker med kroniske sykdommer. Fordi befolkningen blir eldre og fordi moderne medisin gjør det mulig for mennesker med kroniske sykdommer å leve lenger, vil disse tallene stige over tid.

Studien anbefaler en rekke prioriteringer for europeisk forskning og utvikling:

- rutinemessig overvåking av alvorlige tilfeller av influensa i Europa (sykehusinnleggelse og dødsfall)
- rutinemessig kartlegging av effekten av influensavaksinasjon, særlig med tanke på å redusere risikoen for alvorlig sykdom og død grunnet influensa
- beregning av sykdomsbyrden grunnet influensa hos gravide kvinner og barn og evaluering av virkningen av vaksinasjon av gravide kvinner og barn i alle aldre i Europa
- ytterligere undersøkelser for å undersøke hvorvidt vaksinasjon av helsearbeidere og husholdningsmedlemmer reduserer risikoen hos personer i de to viktigste risikogruppene
- utvikle prosjekter som fremmer influensavaksinasjon hos helsearbeidere, til gode både for dem selv og pasientene
- spesifikke undersøkelser av hvorvidt HIV-smittede i Europa har større risiko for å pådra seg alvorlig sykdom på grunn av influensasmitte, og tilsvarende studier av andre mer utbredte lidelser som mild astma
- studier av helseeffekt og helseøkonomiske aspekter ved influensavaksinasjon, f.eks. hos personer over øvre aldersgrense for vaksinasjon, hvor det tas hensyn til at hvert land må fastsette egne aldersgrenser
- undersøkelser av effekten av generell vaksinasjon for å fastslå eventuelle indirekte fordeler av å redusere smittenivået i befolkningen

Overvåkingsrapporter

4. Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008 [Årlig epidemiologisk rapport om smittsomme sykdommer i Europa 2008] – Rapport om smittsomme sykdommer i EU- og EØS/EFTA-landene

(Publisert desember 2008)

Hvert år publiserer ECDC rapporten European Annual Epidemiological Report (AER). Utgave nummer to, som ble gitt ut i 2008, gir i tabellform en oversikt over overvåkingen av smittsomme sykdommer i 2006, med få kommentarer. Rapporten inneholder dessuten informasjon om hvilke smittsomme sykdommer som utgjør en akutt trussel for folkehelsen i 2007, og gir en omfattende beskrivelse av sykehusinfeksjoner inkludert antimikrobiell resistens (AMR).

Det er ingen endringer fra den forrige utgaven av rapporten med tanke på hvilke smittsomme sykdommer som utgjør de største truslene i EU:

- antimikrobiell resistens
- sykehusinfeksjoner
- HIV-infeksjon
- pneumokokkinfeksjoner
- influensa (både av pandemisk potensial og vanlig sesonginfluensa)
- tuberkulose

HOVEDTEMA I DENNE UTGAVEN

Sykehusinfeksjoner

Overvåkingen av sykehusinfeksjoner i Europa utføres gjennom IPSE-nettverket (IPSE = Improving Patient Safety in Europe) (2005–juni 2008), og inkluderer overvåking av infeksjoner på operasjonsstedet (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) og av oppholdet på intensivavdelingen (HELICS-ICU).

Forekomsten av infeksjoner på operasjonsstedet holdt seg stabil gjennom 2006, i motsetning til 2004 og 2005. Unntaket var hofteproteseoperasjoner. Der en betydelig nedgang, fra 2,2 % i 2004 til 1,6 % i 2005 og 1,3 % i 2006 ($p = 0,039$), observert.

Av 51 621 pasienter som oppholdt seg mer enn to dager på intensivavdelingen, fikk 6,8 % lungebetennelse. Forekomsten varierte fra 1,5 % hos pasienter som ikke var tilknyttet respirator til 22,2 % hos pasienter som var tilknyttet respirator i en uke eller lenger. Når intensivpasienter fikk lungebetennelse, var det mikroorganismen *Pseudomonas aeruginosa* som oftest ble isolert. Når intensivpasienter fikk infeksjoner i blodbanen, var det koagulasenegative stafylokokker som oftest ble isolert.

Overvåkingen av sykehusinfeksjoner ble utvidet i 2006. Denne prosessen fortsetter etter at overvåkingskomponentene i IPSE-nettverket er overført til ECDC i 2008.

Forekomsten av sykehusinfeksjoner holdt seg i Europa stort sett stabil i 2006. Fremdeles er det imidlertid betydelige forskjeller mellom landene når det gjelder overvåking. Derfor bør det fokuseres på å en samordning av metodene.

Antimikrobiell resistens (AMR)

Dataene om antimikrobiell resistens er samlet inn av EARSS (European Antimicrobial Resistance Surveillance), et nettverk som overvåker AMR i Europa.

Streptococcus pneumoniae

I 2006 var nivået av penicillinresistente *S. pneumoniae* (PNSP) under 5 % i de fleste landene i Nord-Europa, mens det tilsvarende nivået var fra 7 % til > 25 % i Sør-Europa og Middelhavsområdet.

Staphylococcus aureus

Spredningen av meticillinresistente *Staphylococcus aureus* (MRSA) fortsatte i høyendemiske, mellomendemiske og lavendemiske land i Europa i 2006. 15 av 31 land (hovedsakelig land i Sør-Europa samt Storbritannia og Irland) rapporterte at den totale andelen *Staphylococcus aureus*-isolater som var resistente mot meticillin, var 25 % eller høyere. I tillegg var denne andelen i ferd med å stabilisere seg i noen av de høyendemiske landene. I Nord-Europa holdt andelen MRSA seg stabil på < 4 %.

Escherichia coli

Økningen i nivået av fluorokinolonresistens i Europa var spesielt urovekkende.

Pseudomonas aeruginosa

I 2006 var nesten en femtedel av isolatene av den invasive *P. aeruginosa* resistente mot tre eller flere typer antibiotika, spesielt i land i Sør-Europa.

OPPSUMMERING AV OVERVÅKINGEN AV SMITTSOMME SYKDOMMER I 2006

HIV, seksuelt overførbare infeksjoner og hepatitt B og C

Også i 2006 var HIV-infeksjon en stor trussel for folkehelsen i Europa. 29 land rapporterte om over 25 000 nye HIV-tilfeller (unntakene var Italia, Spania og Liechtenstein). Dette gir en forekomst på 6 per 100 000. Det er store forskjeller i epidemiologien for HIV- de ulike landene imellom. I noen europeiske land ble det rapportert om en økning i antallet HIV-tilfeller; hovedsakelig i Estland, Latvia, Luxembourg, Portugal og Storbritannia. I kontrast til dette ble det rapportert om 7035 nye tilfeller av AIDS i EU- og EØS/EFTA-landene. Det er en forekomst på 1,4 per 100 000, som utgjør en reduksjon på mer enn en tredjedel siden 1999.

Heteroseksuell kontakt (53 %) var den dominerende smittemåten for HIV. 40 % av tilfellene ble imidlertid påvist hos personer fra land der HIV er en generell epidemi. Holdes disse tilfellene utenfor, er sex mellom menn (37 %) den dominerende smittemåten.

Det er fortsatt et stort antall HIV-positive i EU som ikke vet at de er smittet. Dette viser at det må gjøres en innsats for å få flere til å HIV-teste seg.

Seksuelt overførbare infeksjoner

Av seksuelt overførbare infeksjoner ble *Chlamydia trachomatis*-infeksjoner hyppigst rapportert også i 2006 (og det var den kjønnssykdommen det oftest ble rapportert om i Europa). Nesten en kvart million tilfeller ble meldt av de 22 EU- og EØS/EFTA-landene som overvåker denne kjønnssykdommen. Forekomsten var 92 rapporterte tilfeller per 100 000 .

I 2006 ble en ny variant av *Chlamydia trachomatis* og som ikke ble oppdaget av de tilgjengelige kommersielle testene, rapportert i Sverige. Det ble utført en studie for å undersøke om denne nye varianten også forekom i andre medlemsland, men den ser fremdeles ut til stort sett å være begrenset til Sverige.

I 2006 ble den første vaksinen mot humant papillomavirus lisensiert.

Influenza

I 2006 oppsto de første tilfellene av svært sykdomsfremkallende fugleinfluensa (A(H5N1)) blant ville fugler og fjørfe i EU. Dette året ble det i EU imidlertid ikke rapportert om noen tilfeller hvor mennesker ble smittet . Kun ett infeksjonstilfelle av et lite sykdomsfremkallende fugleinfluensavirus av subtypen H7 ble meldt. Dette skjedde i Storbritannia, og den smittede var en person som arbeidet med fjørfe. Likevel ble strengere lover og regler for dyrehelse iverksatt, noe som sikret samordnede tiltak mot den økte trusselen som A(H5N1)-viruset utgjorde i EU-landene. Siden A(H5N1) primært forble et fuglevirus, var den første forsvarslinjen for mennesker rask identifisering og utryddelse av smitte hos fugler generelt og fjørfe spesielt.

Tuberkulose

Forekomsten av tuberkulose (TB) fortsatte å synke hos den innfødte befolkningen i nesten alle medlemslandene. I disse landene er det hovedsakelig eldre mennesker som får sykdommen, som reaktiveres etter en primærinfeksjon for mange tiår siden. Situasjonen påvirkes imidlertid av de nye demografiske, politiske og sosioøkonomiske forholdene i Europa, for eksempel økt migrasjon. Som en følge av dette blir TB i EU stadig mer vanlig hos migranter, hjemløse, fattige mennesker i byer, innsatte, personer med HIV og sprøytemisbrukere.

I noen områder er det dessuten et høyt nivå av legemiddelresistent tuberkulose, noe som vanligvis skyldes at behandlingen enten ikke er blitt fullført eller ikke har vært god nok.

Vaksinerbare sykdommer

Siden de fleste EU-landene innførte barnevaksine mot *Haemophilus influenzae* type B (Hib), har forekomsten av invasiv Hib-sykdom gått ned og fortsetter å holde seg på et lavt nivå for hele befolkningen (i 2006 under 1 per 100 000).

Fle europeiske land har lagt til konjugert pneumokokkvaksine 7 (PCV7) i vaksinasjonsprogrammet, i hvert fall for høyrisikogrupper. Dette har ført til bekymring for at vanlige serotyper gradvis vil bli erstattet av serotyper som PCV7 ikke virker mot, som man allerede er sett i USA. Dette viser hvor viktig det er at overvåkingssystemer ikke bare overvåker sykdommen, men også serotypefordelingen.

Selv om en nedadgående trend for meslinger det siste tiåret har vært observert, var meslinger likevel en trussel mot folkehelsen i 2006 - med over 7 000 bekreftede tilfeller og seks rapporterte dødsfall. Flere tilfeller viste også klart at meslinger har et stort utbruddspotensiale.

I de fleste EU-landene ble det brukt acellulær kikhostevaksine (aP) i 2006. Etter en periode med stabilitet ser det i enkelte EU-land ut som om det har vært en viss økning i andelen rapporterte tilfeller siden 2003 .

Mat- og vannbårne sykdommer

Campylobacter er fortsatt den hyppigst rapporterte årsaken til mage-tarmsykdom i EU- og EØS/EFTA-landene. Forekomsten er på nesten 40 tilfeller per 100 000, men det har vært en liten nedgang i forekomsten fra 2005 til 2006.

Antallet VTEC/STEC-infeksjoner ser også ut til å være på vei ned. I 2006 var det bare 1 rapportert tilfelle per 100 000, selv om noen land rapporterte om betydelig høyere tall, spesielt hos små barn.

OPPSUMMERING AV TRUSLER I 2007

I 2007 overvåket ECDC 168 trusler, der:

- 142 (85 %) var nye
- 21 oppstod i 2006 og var fremdeles aktive i 2007
- 5 ble åpnet i 2005 og var fremdeles aktive i 2007
- 66 trusler krevde aktiv oppfølging av ECDC
- 10 av disse resulterte i at en detaljert trusselvurdering distribuert til EU-landene og Europakommisjonen gjennom EWRS-systemet (Early Warning and Response System)

De aktuelle truslene var fremdeles stort sett utbredte også i 2007. Mat- og vannbårne sykdommer var den vanligste trusselkilden overvåket i EU. Det er verdt å merke seg at det i 2007 også var en betydelig økning i trusler relatert til tuberkulose. Spesielt gjaldt dette tilfeller av multiresistent og ekstremresistent (XDR) tuberkulose, i tillegg til at personer på reise ble smitteeksponert.

De fleste av truslene som ble vurdert dit hen at de kunne få potensielle konsekvenser i EU i 2007, ble rapportert gjennom EWRS-systemet eller gjennom europeiske nettverk opprettet for dette formålet (EWGLI for legionærsyken og ENTERNET for mat- og vannbårne sykdommer). EWRS-systemet har vist seg å være et effektivt verktøy for å samordne rask iverksetting av folkehelseiltak i EU-landene, slik at bekreftede trusler kan holdes under kontroll. I 2007 begynte ECDC arbeidet med å utvikle en kommunikasjonsplattform for informasjon om epidemiske sykdommer for hele EU.

KONKLUSJONER

Prioriteringene for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer i EU har ikke endret seg vesentlig siden den forrige utgaven av AER.

På den ene siden er bekymringsområdene fortsatt de samme, inkludert forhold som kontinuerlig er en stor byrde. I tillegg til de seks største truslene nevnt innledningsvis i denne oppsummeringen, bør også de høye innrapporterte tallene for klamydiainfeksjon og campylobacter-infeksjon vies oppmerksomhet.

På den annen side er forekomsten av noen sykdomsområder redusert, for eksempel noen av de vaksinerbare sykdommene (inkludert Hib), og for andre vaksinerbare sykdommer (f.eks. difteri), er forekomsten svært lav – ca. 0,1 tilfeller per 100 000. EU-landene er imidlertid fremdeles ikke i nærheten av å nå målene fastsatt i programmene for å utrydde sykdommene. Særlig gjelder dette meslinger.

Dataene som ligger til grunn for disse konklusjonene er ikke av fullgod kvalitet, og det må gjøres betydelig innsats for å bedre overvåkingen av smittsomme sykdommer i EU. Det aller viktigste er dessuten å løse problemet med at dataene fra de ulike medlemslandene ikke alltid er sammenlignbare, noe som selvfølgelig reduserer verdien av disse dataene på europeisk nivå.

Nye metoder for datainnsamling som kan legges til grunn for prioritering på området smittsomme sykdommer - inkludert beregning av den gjeldende og fremtidige byrden av smittsomme sykdommer - må vurderes.

Noen langsiktige trender kommer i tiden fremover definitivt til å påvirke området smittsomme sykdommer i EU, for eksempel:

- økt antall eldre i EUs befolkning
- miljøendringer, inkludert klimaendring
- mer reising og migrering
- sosiale endringer

Byrden av og utviklingen av smittsomme sykdommer i EU må kontinuerlig overvåkes, slik at det til enhver tid eksisterer oppdaterte og relevante data som kan brukes for å utarbeide en felles helsepolitikk.

5. HIV/AIDS surveillance in Europe [Overvåking av HIV/AIDS i Europa]

(Publisert desember 2008)

HIV-infeksjon er fortsatt en stor trussel for folkehelsen i Europa, og andelen HIV-smittede ser ut til å øke i flere europeiske land:

- I 2007 ble 48 892 nye HIV-tilfeller rapportert av 49 av de 53 landene i WHO-Europaregionen. (Data er ikke tilgjengelige fra Østerrike, Italia, Monaco og Russland). De høyeste tallene ble rapportert fra Estland, Ukraina, Portugal og Moldova. 5244 tilfeller av AIDS ble av 48 land rapportert. (Data er ikke tilgjengelige fra Italia, Kasakhstan, Monaco, Russland og Ukraina).
- I 2007 ble det rapportert om 26 279 nye påviste tilfeller av HIV-infeksjon i EUs og Det europeiske frihandelsforbund medlemsland (omtales i denne rapporten som EU/EFTA). (Data er ikke tilgjengelige fra Østerrike eller Italia). I EU/EFTA ble de høyeste tallene rapportert fra Estland, Portugal og Latvia. De laveste tallene ble rapportert fra Slovakia, Tsjekkia og Romania.
- I EU/EFTA ser det ut som den dominerende smittemåten for HIV-infeksjon er sex mellom menn, etterfulgt av heteroseksuell kontakt. Ca. 40 % av de som var oppgitt smittet gjennom heteroseksuell kontakt kom fra land rammet av en generell HIV/AIDS-epidemi.
- Sprøytemisbruk er i østregionen av WHO-Europaregionen fremdeles den største smitteårsaken. I midtregionen er heteroseksuell kontakt dominerende smittemåte, selv om det også har vært en økning i antallet rapporterte HIV-tilfeller blant menn som har sex med menn. I vestregionen er sex mellom menn hovedgrunnen til nye smittede, etterfulgt av heteroseksuell kontakt, hvis det ses bort fra smittede som kommer fra land med generelle epidemier.
- Til tross for ufullstendig rapportering, økte totalt sett antallet rapporterte HIV-tilfeller i WHO-Europaregionen i 2007, mens antallet påviste AIDS-tilfeller stort sett fortsatte å synke. Unntaket er østregionen, hvor antallet AIDS-tilfeller stiger. Siden 2000 har det nesten vært en dobling i antallet rapporterte nye påviste HIV-tilfeller per million av befolkningen – fra 39 per million i 2000 til 75 per million i 2007. Tallene er basert på de 44 landene som regelmessig har meldt inn sine overvåkingsdata om HIV.
- Mellom 2003 og 2007 var det i de fleste landene en økning i det totale antallet HIV-tester som årlig utføres for diagnostiske formål. Blodgivning og anonyme tester uten tilbakesporing er ikke inkludert.
- Det er visse begrensninger knyttet til dataene som presenteres her, noe som først og fremst skyldes at data fra flere land mangler. Det er derfor vanskelig å komme med konklusjoner om den reelle størrelsen på HIV- og AIDS-epidemien i Europa. Hvis disse ukjente dataene hadde vært med, er det mulig antallet tilfeller for 2007 hadde vært dobbelt så stort.

Anbefalinger for overvåking av HIV/AIDS

HIV/AIDS-overvåkingsdata er svært viktige både i arbeidet med å kartlegge utviklingen av HIV-epidemien og for å vurdere hvilke folkehelseiltak som skal iverksettes. Alle landene i Europa bør derfor:

- Iverksette nasjonale rapporteringssystemer for registrering av HIV- og AIDS-tilfeller, og sørge for at systemene er fullstendige og oppdaterte.
- Forbedre kvaliteten på dataene som rapporteres inn, spesielt data om sannsynlige smitteveier.
- Arbeide for å innføre en omfattende HIV-overvåking, som inkluderer rutinemessige seksualvaneundersøkelser og undersøkelser om HIV-utbredelse.

Anbefalinger om folkehelseiltak

Tiltakene som iverksettes for å kontrollere epidemien, bør være vitenskapelig dokumentert som effektive. I tillegg må de tilpasses de ulike landene og de geografiske områdene. Det er grunnlag for å komme med følgende anbefalinger ut fra de tilgjengelige overvåkingsdataene:

- Østregionen: Det viktigste tiltaket for å forebygge HIV bør være å hindre HIV-smitte blant sprøytemisbrukere. Det må også iverksettes flere tiltak for å forebygge heteroseksuell smitte, og disse tiltakene må spesielt rettes mot personer som har partnere i høyrisikogruppen.
- Midtregionen: Forebyggingen må tilpasses forholdene i hvert enkelt land, slik at det tas hensyn til landenes epidemiologiske situasjon.
- Vestregionen: Det viktigste tiltaket for å forebygge HIV bør være å hindre HIV-smitte blant menn som har sex med menn. For eksempel kan nye kampanjer om sikker sex målrettes mot denne gruppen. Tiltak for forebygging, behandling og pleie må dessuten tilpasses slik at de når ut til migrantbefolkningen.
- I alle subregioner bør folk oppfordres til å HIV-teste seg, slik at de får tilgang til tidlig behandling og rådgivning. På den måten blir både de langsiktige behandlingsresultatene bedre og videresmitte kan forebygges eller reduseres.

Spesialrapporter

6. Handlingsplan for bekjempelse av tuberkulose i Den europeiske union

(Publisert mars 2008)

TB er en alvorlig smittsom sykdom hos mennesker som oftest smitter i form av dråper. Selv om effektiv behandling finnes, kan utilstrekkelig behandling eller at behandlingsplanen ikke følges medføre at pasienten ikke blir helbredet eller får tidlig tilbakefall, eller at bakteriene utvikler resistens mot legemidlene.

I EU har forekomsten av tuberkulose de siste tiårene jevnt sunket. Tallene fra EU 27 er blant de laveste i verden, men høyere enn i andre industrialiserte land som USA og Australia. Det er imidlertid ingen grunn til å si seg fornøyd, da en tilsvarende gunstig epidemiologisk situasjon for flere tiår siden ble beskrevet i flere land. Dette førte i sin tur til redusert oppmerksomhet og nedbygging av ressurser og tjenester for forebygging av og kontroll med tuberkulose. Resultatet var en oppblomstring av sykdommen som var forbundet med HIV-epidemien og en utvikling av multiresistent tuberkulose (MDR TB). Dette krevde fornyet innsats i både kontrollprogrammer og aktiviteter for å sikre tidlig diagnostisering og at riktig behandling var tilgjengelig.

Det var i lys av denne situasjonen at EUs daværende helsekommissær Markos Kyprianou i mars 2007 ba Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer (ECDC) om å utarbeide en handlingsplan for bekjempelsen av TB i EU.

Handlingsplanens langsiktige mål, er å kontrollere og til slutt utrydde sykdommen. De fleste av aktivitetene som tar sikte på å redusere tuberkulosebyrden, forutsetter nasjonal innsats og støtte fra EUs institusjoner til medlemslandenes arbeid. Målene i planen er:

- Å både på politisk plan og i befolkningen øke bevisstheten om tuberkulose som et folkehelseproblem i EU.
- Å støtte og styrke EU-medlemslandenes innsats mot tuberkulose i tråd med det enkelte lands epidemiologiske situasjon og utfordringer.
- Å bidra til tuberkulosekontroll i EU ved å støtte landene som de importerte tilfellene kommer fra.

Forslaget er basert på fire prinsipper: å sikre rask behandling av god kvalitet for alle, styrke kapasiteten i helsesystemene, utvikle nye verktøy og bygge opp partnerskap og samarbeid med berørte land og andre aktører. Åtte områder for strategisk utvikling ble organisert rundt disse prinsippene. Følgende er en oppsummering av de anbefalte målsettingene/tiltakene for hvert av de åtte områdene:

Område 1. Innsats for tuberkulosekontroll, bevissthet og kapasitet i helsesystemene

1. Øke medlemsstatenes politiske innsats og ressursbruk i forhold til planene for tuberkulosekontroll, dette som en del av de generelle folkehelsestrategiene.
2. Styrke kapasiteten i medlemslandenes helsesystemer til å gjennomføre tiltak med sikte på kontroll med og utryddelse av tuberkulose.

Område 2. Overvåking

1. Evaluere epidemiologiske karakteristika og spredningen av tuberkulose både over tid og geografisk- i de enkelte medlemslandene og i Europa som helhet.
2. Kartlegge resultatene av aktiviteter i forbindelse med tuberkulosekontroll og mate denne informasjonen inn i beslutningsprosessen slik at hensiktsmessige intervensjoner kan oppgradere de nasjonale og europeiske tuberkuloseplanene.
3. Identifisere og beskrive sårbare befolkninger med økt risiko for tuberkulose og dårlige prognoser, og som bør omfattes av målrettede folkehelse tiltak.

Område 3. Laboratorietjenester

1. Utvikle og implementere moderne laboratorietjenester av høy kvalitet og som støtter kliniske, folkehelse- og forskningsbehov.
2. Sørge for sikre, nøyaktige og kvalitativt gode laboratorietjenester og hensiktsmessig kvalifisert personell til å utføre arbeidet.
3. Sikre finansiering for å opprettholde laboratorietjenestene på lang sikt.

Område 4. Rask tuberkulosebehandling av god kvalitet for alle

1. Raskt diagnostisere alle tilfeller og sikre riktig behandling av tuberkulose.
2. Skreddersy intervensjoner til spesifikke epidemiologiske situasjoner og sårbare befolkningsgrupper for på alle plan å sikre maksimal effekt av tuberkulosekontrollen.
3. Oppnå enhetlig iverksettelse av smitteverntiltak ved utbrudd.
4. Sikre at alle tuberkulosepasienter får oppfylt sine individuelle helsebehov.

Område 5. Multiresistent og ekstremresistent tuberkulose

Følgende målsettinger gjelder alle medlemslandene, men særlig de som opplever de største problemene med multiresistent og ekstremresistent tuberkulose (MDR-TB og XDR-TB).

1. Optimalisere og styrke overvåkingen og kartleggingen av MDR-TB og XDR-TB.
2. Særlig forbedre resistensbestemmelse i forhold til tuberkulosemedisin i EU i sammenheng med styrkingen av laboratorietjenestene for tuberkulose.
3. Forbedre behandlingen og håndteringen av pasienter med MDR-TB eller XDR-TB, herunder infeksjonskontroll og kontaktsporing/profylakse.
4. Forbedre tilgangen og tilgjengeligheten til første- og annenhånds legemidler mot tuberkulose og sikre rasjonell bruk av disse.

Område 6. Koinfeksjon TB/HIV

1. Redusere byrden av koinfeksjon av tuberkulose og HIV i EU ved å styrke samkjøringen av tuberkulose- og HIV/AIDS-planer og samarbeidet med de relevante tjenestene i helsevesenet.
2. På EU-plan fremme forskning og kliniske studier innen komorbiditet mellom tuberkulose/HIV.

Område 7. Nye verktøy for tuberkulosekontroll

1. Fastsette prioriteringene for grunnforskning, anvendt forskning og operasjonell forskning i EU.
2. Sikre finansiering og samordning.

Område 8. Partnerskap og samarbeid landene imellom

1. Sikre at tuberkulose fortsetter å stå høyt på den politiske, tekniske og forskningsmessige dagsorden i EU og hos nasjonale offentlige institusjoner, dette med særlig tanke på at konkurransen om begrensede ressurser er stor.
2. Bidra til å fjerne stigmatisering, sikre tidlig og rask påvisning av tuberkulose, MDR-TB og XDR-TB og oppfordre smittede til å søke behandling i tråd med "TB Patients' Charter for Tuberculosis Care".
3. Sikre at påfølgende behandling eksisterer. er tilgjengelig, rimelig, hensiktsmessig og - viktigst av alt - effektiv.
4. Videreutvikle samarbeidet og samordningen mellom ECDC, Europakommisjonen, enkeltland, WHO og andre aktører.

7. Surveillance of communicable diseases in the European Union, a long-term strategy: [Overvåking av smittsomme sykdommer i EU, en langsiktig strategi:] 2008–2013

(Publisert mai 2008)

Denne langsiktige visjonen og strategien for den fremtidige overvåkingen av smittsomme sykdommer i EU er utarbeidet for å gi anbefalinger om den langsiktige utviklingen av det europeiske overvåkingssystemet. Strategien gjelder for årene frem til 2013, og løper slik parallelt med ECDCs flerårige strategiske plan (godkjent av ECDCs styre i juni 2007). Det er dessuten forventet synergieffekter med ECDCs laboratoriestrategi.

I strategien tas det sikte på å definere vilkårene for og omfanget av overvåkingen, målene og de organisatoriske kravene. Den inneholder også forslag til hvordan medlemslandene kan støttes, samt et veikart for iverksettning.

Det overordnede målet er å bidra til å redusere hyppigheten og forekomsten av smittsomme sykdommer i Europa ved å sørge for at relevante folkehelsedata, informasjon og rapporter er tilgjengelig for beslutningstakere, fagpersoner og helsepersonell. Dette for at disse igjen raskt kan iverksettes tiltak som sikrer forebygging av og kontroll med smittsomme sykdommer. At medlemslandenes data om smittsomme sykdommer er riktige og sammenlignbare er en forutsetning for å nå dette målet.

En mer samordnet overvåking gir følgende fordeler:

- de regionale dataene blir mer sammenlignbare
- overvåkingen i Europa blir enklere å gjennomføre
- synergieffekter spiller en større rolle i overvåkingen
- dobbeltarbeid kan unngås
- informasjonen om folkehelsen får på lang sikt bedre kvalitet, på grunn av mer relevante og pålitelige data
- det blir enklere å styrke de nasjonale overvåkingsystemene
- overvåkingen blir sannsynligvis mer økonomisk effektiv og gjennomførbar
- det blir bedre tilgang til og enklere å bruke dataene
- internasjonale utbrudd kan påvises og overvåkes mer effektivt
- kapasiteten kan økes
- sykdommer kan inkluderes i overvåkings- og forskningsaktivitetene i henhold til prioriteringene i Europa

ECDC jobber med å utvikle et system for indikatorbasert overvåking av smittsomme sykdommer på europeisk nivå. Systemet går under navnet TESSy (The European Surveillance System) og vil bli et nyttig verktøy i arbeidet med å bedre innsamlingen, valideringen, lagringen og spredningen av overvåkingsdata fra EU- og EØS-landene.

Innledningsvis skal TESSy samle inn et begrenset sett med kjernevariabler som er viktige for den rutinemessige overvåkingen av smittsomme sykdommer. Når TESSy er generelt akseptert og tatt i bruk som den regionale standarddatabasen, begynner arbeidet med å realisere ECDCs langsiktige mål om å ytterligere redusere kompleksiteten og arbeidsbyrden for alle deltakerne. Dette skal oppnås ved å:

- standardisere innsamlingen av data for overvåking av smittsomme sykdommer
- opprette ett enkelt område for rapportering og henting av data for medlemslandene
- standardisere rapportene som utarbeides av overvåkingsdataene
- lage en enhetlig og lett tilgjengelig oversikt over den til enhver tid rådende situasjonen i EU.

Det skal også settes fokus på problemet med dobbeltrapportering av noen sykdommer, som forekommer fordi ulike regionale organisasjoner er involvert i sykdomsovervåkingen – for eksempel WHO/Europa eller EMCDDA. Målet er å redusere, og om mulig helt unngå, dobbeltarbeid.

For tydelig å definere rollen til dem som rapporterer og dem som bruker data, både i medlemslandene og ECDC (og andre aktører, f.eks. WHO), må det opprettes en midlertidig prosedyre for datautveksling mellom ECDC og medlemslandene og ECDC og de dedikerte overvåkingsnettverkene (DSN). Prosedyren bør også beskrive hvordan resultatene av dataanalyse skal publiseres, i tillegg til annen informasjon. Erfaringene skal brukes til å opprette en mer detaljert, endelig og langsiktig prosedyre med de involverte aktørene.

Det fremtidige samarbeidet med eksperter på de ulike sykdommene (utnevnt av de kompetente organene) skal struktureres på følgende måte: Sykdommene/patogenene skal deles inn i seks hovedgrupper. Ved behov kan sykdomsspesifikke underavdelinger av disse arbeidsgruppene opprettes. Det skal holdes årlige møter for hver av de seks hovedgruppene, der forhold som gjelder overvåkingen av hele sykdomsgruppen skal diskuteres. Ved behov kan mer sykdomsspesifikke "parallelløkker" gjennomføres samtidig. Endelig skal en koordinerende gruppe for hver av de seks arbeidsgruppene opprettes og overta mange av oppgavene som før ble utført av DSN-styringsgruppene.

At hvert enkelt land har gode laboratorietjenester er avgjørende for styrking av overvåkingen på EU-nivå. CDC skal bygge videre på arbeidet som allerede er utført og - i samarbeid med Europakommisjonen, de kompetente organene i ECDC og medlemslandenes NMFP-representant (National Microbiology Focal Points) – bidra til en styrking av laboratoriekapasiteten i medlemslandene, EØS/EFTA-landene og kandidatlandene.

ECDC skal arbeide hardt for å sikre at alle landene har nasjonale referanselaboratorier (NRL) tilgjengelig, enten direkte eller indirekte, slik at de kan verifisere diagnoser og isolater og ytterligere karakterisere patogener. Dette vil utgjøre grunnlaget for å rapportere bekreftede og sannsynlige tilfeller i normale situasjoner og i krisesituasjoner. ECDC skal samarbeide med de nasjonale referanselaboratoriene, og hjelpe dem å integrere dataene med epidemiologiske (og kliniske) data på nasjonalt nivå. Laboratoriemetodene må kvalitetssikres, slik at dataene alltid er validerte og riktige. Det skal i denne perioden også jobbes med å opprette europeiske standarder.

ECDC skal iverksette overvåkingsstrategien i to faser: Fase én er en overgangsperiode som vil vare frem til 2010, og hovedfokuset ligger på at de dedikerte nettverkene for overvåking av smittsomme sykdommer i EU (DSN) gradvis skal integreres i ECDC. I fase to (2010–2013) skal ECDC ha overtatt ansvaret for overvåkingen, og arbeidet med å utvikle europeiske systemer av høyest mulig kvalitet starter.

For å sikre at strategien er relevant og til enhver tid oppdatert, vil den til å revideres av medlemslandene og andre hovedaktører - slik at nye strategier og ny forskning kan føyes til ved behov.

Møterapporter

8. Infectious diseases and social determinants [Smittsomme sykdommer og sosiale faktorer]

(Møtet ble avholdt i april 2007, rapporten publisert februar 2008)

Denne rapporten er fra et seminar i regi av ECDC om sosiale faktorer bak smittsomme sykdommer. Hovedformålene med seminaret var følgende:

- Å vurdere hvordan sosiale ulikheter påvirker byrden av smittsomme sykdommer.
- Å identifisere den beste praksisen for håndtering av sosiale ulikheter på helseområdet, i forhold til forebygging eller kontroll av smittsomme sykdommer.
- Å utvikle strategier og tiltak for å håndtere ulikheter på helseområdet som skyldes sosiale faktorer.

Rapporten fokuserer på viktige temaer og diskusjonsområder som ble reist, og er organisert i fem hoveddeler:

- Sosiale faktorer for smittsomme sykdommer.
- Sykdomsspesifikke temaer.
- Målrettede tiltak for å utjevne sosial ulikhet.
- Retningslinjer for å utjevne sosial ulikhet.
- Kartlegging av tiltak som bør prioriteres.

Et sosialt skille i byrden av smittsomme sykdommer og som er minst like stort som skillet for ikke-smittsomme sykdommer, ble observert. Dette skillet kan til og med være større for enkelte grupper og infeksjoner. Selv om marginaliserte grupper stort sett er mest utsatt, påvirker ikke den sosiale faktoren alle typer infeksjoner på samme måte: De høyeste sosioøkonomiske gruppene kan være mer utsatt for visse infeksjoner som følge av høyrisikoatferd.

Det er et stort behov for mer kunnskap om byrden av smittsomme sykdommer i Europa, slik at man kan kartlegge hva som burde vært prioriteringer i forhold til vurderinger, forskning, tiltak og lovendringer. Denne kartleggingen er allerede i gang, blant annet vedrørende tuberkulose.

En anbefaling fra seminaret var at overvåkingen av smittsomme sykdommer bør utfylles med én eller to sosiale faktorer. Dette kan bidra til grunnleggende kunnskap. Deretter kan mer detaljert informasjon fra undersøkelser hentes inn. Biologiske markører for smittsomme sykdommer kan inkluderes i standard helseundersøkelser, og kanskje også i europeiske undersøkelser.

En annen konklusjon var at de sosiale faktorene ikke lenger er på forskernes dagsorden. Disse må på ny inkluderes i forskningen, da det er kunnskapsmangel om hvilke faktorer som driver frem smitten i ulike regioner og befolkningsgrupper. En viktig, men ofte glemt parameter, er omgivelsene mennesker bor og jobber i. Risikofaktorene for smittsomme sykdommer er ikke individuelle, og patogenene kan dessuten være forskjellige i ulike sosioøkonomiske grupper. Alle tilgjengelige data på området bør utnyttes maksimalt for å finne ut mer om de sosiale faktorene for smittsomme sykdommer. Det trengs mer forskning på spesifikke områder som migranter, reduksjon av stigmatisering og de sosiale og politiske prosessene som har betydning for sosiale ulikheter på helseområdet.

Møtedeltakerne foreslo at det burde opprettes en database med informasjon om gode tiltak. Formålet med en slik database ville være å sikre god informasjonsflyt, spesielt fra regioner som ikke publiserer mye informasjon, men som har mye erfaring å bidra med.

Helseopplysning ble vurdert som et prioritert politisk tiltak på to ulike vis:

1. Helseopplysning fra tidlig alder og utover bør prioriteres av utdanningsmyndighetene. Opplysningen bør ta hensyn til sosiale faktorer for helseproblemer, slik at kommende generasjoner kan påvirke den politiske prosessen, og omfatte ulike måter sosial segregasjon påvirker helsen. Videre bør det informeres om hvordan man kan beskytte seg mot helserisikoer, og deltakerne må gjøres mer bevisste og forstå hva de selv kan gjøre for å ikke utsette seg for risikofaktorer.
2. Det må i lege-, sykepleier-, sosiologutdanningen osv gis mer opplæring om sosiale faktorer. Fremtidens helsepersonell må aktivt delta i debatten og ta til orde for endringer i oppstrømsfaktorene. Alle som jobber med folkehelse bør bidra i debatten om sosiale ulikheter og disses innvirkning på helsen.

Makrososiale faktorer må prioriteres, og det må samarbeides med sektorer utenfor folkehelseområdet (politisk sektor, sosial sektor, byggesektor osv.). Målene må være gjennomtenkte og drøftet for at budskapet skal nå frem. Det kan brukes gode eksempler fra alle de europeiske landene. ECDC kan spille en viktig rolle i arbeidet med å informere om betydningen av sosiale ulikheter i kontroll av smittsomme sykdommer.

9. Environmental change and infectious disease workshop [Seminar om miljøendringer og smittsomme sykdommer]

(Møtet ble avholdt i mars 2007, rapporten publisert mai 2008)

Målene med møtet

- Å gjennomgå informasjon om hvordan global klimaendring og økologiske endringer påvirker byrden av smittsomme sykdommer i Europa.
- Å diskutere hvilken folkehelsekompetanse som trengs for å håndtere trusler fra klimaendring og smittsomme sykdommer.
- Å kartlegge forskningsbehov.

Klimaendring

FNs klimapanel har slått fast at klimaet endrer seg. Temperaturene forventes å øke, havnivået å stige og man regner med mer ekstremvær. Disse endringene påvirker økosystemet, vannforholdene, jordbruket, den sosioøkonomiske utviklingen og dermed også, direkte eller indirekte, verdens befolknings helse. Klimaendring og andre økologiske endringer kan påvirke distribusjonen av smittsomme sykdommer på flere forskjellige vis. Alle deltakerne var enige om at "forpliktelsen om å holde verdien for klimagasskonsentrasjonen konstant", den typen tiltak vi allerede har forpliktet oss til, krever umiddelbar handling.

Sykdomstrusler

Møtedeltakerne diskuterte hvilke konsekvenser klimaendring og andre relaterte miljøendringer vil få for insekts-, gnager-, vann-, mat- og luftbårne sykdommer. Lite informasjon foreligger om dette, men deltakerne kom til følgende konklusjoner:

- Det anses som sannsynlig at flere insekts- og gnagerbårne sykdommer kan komme til å spres til nye områder på grunn av klimaendring (temperatur, ekstremvær, sesong) og miljøfaktorer (bruk av land, økosystemer, avskoging, vannforhold, biologisk mangfold). Dette inkluderer arbovirussykdommer som denguefeber, chikungunya-feber, Vestnilfeber og kanskje også malaria. Gnagerpopulasjonens tetthet og utbredelse påvirkes også av værforholdene.
- Europa bør være forberedt på innførte vannrelaterte sykdommer, for eksempel kolera, lokale utbrudd på grunn av ekstreme nedbørmengder og helseproblemer knyttet til flyt av søppel og avfallsvann. En potensiell økning i hyppigheten av diaré sykdom ble også trukket frem som viktig. De mest utsatte gruppene er blant annet fattige, eldre, små barn, marginaliserte grupper, reisende som eksponeres for smitte utenlands, personer med svekket immunforsvar og dem som fra før lider av annen sykdom.
- Matbårne sykdommer ble vurdert i forhold til både endret menneskelig atferd og endret kontaktmønster mellom ville dyr og husdyr, spesielt i perioder med tørke.
- Forverring av astma og kronisk obstruktiv lungesykdom ble for respirasjonssystemet identifisert som den største konsekvensen av klimaendring. Siden disse tilstandene er svært vanlige, ble de vurdert som gode markører for å overvåke konsekvensene av klimaendring.

Folkehelsekompetanse

Deltakerne var enige om at de nødvendige ferdighetene er kjernekompetanse innen folkehelse og representative verdier som finnes - eller bør finnes - i alle land. I tillegg kom deltakerne til konsensus om følgende:

- Dersom kapasiteten for å kunne håndtere nye trusler fra smittsomme sykdommer relatert til klimaendring styrkes, kan dette også ses på som en generell styrking av folkehelsen. Det ble sett på som spesielt viktig å samordne arbeidet mellom ulike sektorer og organisasjoner.
- De fire områdene av folkehelsekompetanse som ble fremhevet, var overvåking, forskning, kvalifisert personell og retningslinjer. Det finnes allerede overvåkingsstrategier for noen problemer forbundet med klimaendring, men det er fortsatt mangler på området smittsomme sykdommer.
- Aller først må en risikovurdering gjennomføres, slik at risikofaktorer og sårbare grupper kan kartlegges. Dette utgjør da det vitenskapelige grunnlaget for retningslinjer for folkehelsepolitikk/klinisk praksis og anbefalinger for politiske tiltak.

- Mangelfull kunnskap om insekter er et stort problem. Mer omfattende opplæring om dette feltet bør derfor innføres.
- Det eksisterer ikke noe omfattende overvåkingssystem. Deltakerne var her enige om at det ikke er nødvendig å opprette en slik organisering som dekker hele Europa, fordi mange av de potensielt truende sykdommene i de fleste områder er sjeldne.
- Det var enighet om en "iverksett tiltak ved behov-tilnærming". En slik strategi fokuserer på fleksibilitet, og gjør det mulig å raskt reagere på problemer etter hvert som de oppstår. Tilnærmingen er basert på det faktum at hittil har kun svært få av disse smittsomme sykdommene utviklet seg til store problemer, sett i sammenheng med klimaendring eller andre miljøproblemer.
- Det er behov for å bevisstgjøre den vanlige person på gaten (og kanskje til og med fagpersoner) om noen av de generelle problemene, slik at de vet mer om noen av de endringene vi står overfor.
- Grønnboken om klimaendring gir en unik mulighet til å styrke Europakommisjonens innflytelse på helseområdet.

Forskningsbehov, utfordringer og hindringer

På møtet ble det kartlagt en rekke forskningsbehov, blant annet behov for indikatorer og kartlegging av sårbare grupper. Deltakerne påpekte at de ulike medlemslandene har ulik kapasitet til å utføre overvåking og forskning relatert til klimaendring. De foreslo at alle landene, frem til alle folkehelse- og overvåkingssystemene fungerer slik de skal, kan bruke vaktpostområder som en hurtig løsning for å samle inn data fra hele Europa.

Tilgang til langsiktige data er et annet behov. Det er en utfordring å koble disse dataene til satellittdata, og trekke riktige konklusjoner om folkehelsen. En annen utfordring for forskningen er å knytte langsiktige prosesser til klimaendring.

Anbefalinger for tiltak

Når det skal utarbeides arbeidsprogrammer og påfølgende folkehelsepolitikk som fokuserer på klimaendring og smittsomme sykdommer, er det behov for å:

- Bygge videre på eksisterende tiltak og muligheter.
- Utvikle en "vinn-vinn-kultur" med hensyn til arbeid mellom ulike sektorer og ulike organisasjoner.
- Forstå at ulike deler av regionen kommer til å oppleve klimaendringene på ulike måter.
- Innse at medlemslandene har ulik kapasitet til å reagere.
- Utforske flere mulige overvåkingmåter.
- Håndtere hindringene for overvåking.
- Samarbeide og utvikle en omfattende risikostrategi som tar hensyn til alle potensielle fremtidige problemer, trusler, muligheter og sannsynlig utvikling.
- Legge til rette for utvikling og iverksetting av profesjonelle utdanningsprogrammer.
- Jobbe for å styrke kommunikasjonen partene imellom.

Vedlegg: ECDC-publikasjoner i 2008

Dette er en oversikt over offisielle ECDC-publikasjoner i 2008. ECDC-ansatte har imidlertid publisert eller bidratt til en rekke vitenskapelige artikler og publikasjoner, for eksempel i *Eurosurveillance*, som ikke er oppført her. Alle dokumentene nedenfor er tilgjengelige på ECDCs webområde (<http://ecdc.europa.eu>).

Teknisk rapport

Mai

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Veiledning fra ECDC

Januar

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

August

Priority risk groups for influenza vaccination

Overvåkingsrapporter

Desember

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Oppdragsrapport

August

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

Spesialrapporter

Mars

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Mai

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

Juli

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Møterapporter

Januar

Networking for public health (27–28 February 2007)

Februar

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

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

Mars

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

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

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

Mai

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

Juni

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

Oktober

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

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

Desember

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

Tekniske dokumenter*Januar*

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

Publikasjoner fra ECDC

Kvartalsvis (mars, juni, september, desember)

ECDC Insight

Executive science update

Juni

Annual report of the Director 2007

Desember

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future