



ECDC **CORPORATE**

Sammanfattning av viktiga publikationer 2008

ECDC GEMENSAMMA PUBLIKATIONER

Sammanfattning av viktiga publikationer 2008



Stockholm, juni 2009

© Europeiska centrumet för förebyggande och kontroll av sjukdomar, 2009

Om inget annat anges är återgivning tillåten med angivande av källan.

Översatt från originalet "Summary of key publications 2008". Alla ansträngningar har gjorts för att denna översättning ska vara korrekt. Vid eventuella avvikelser gäller den engelska versionen.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Teknisk rapport	2
1. Granskning av kontrollåtgärder mot klamydia i EU-länderna	2
Riktlinjer från ECDC	4
2. Riktlinjer för introduktion av HPV-vacciner i EU	4
3. Influensavaccination av prioriterade riskgrupper	6
Övervakningsrapporter	8
4. Årlig epidemiologisk rapport om smittsamma sjukdomar i Europa 2008 – rapport om situationen vad gäller smittsamma sjukdomar i EU och EES-/EFTA-länderna	8
5. Övervakning av hiv/aids i Europa	11
Specialrapporter	13
6. Handlingsplan för bekämpning av tuberkulos i Europeiska unionen	13
7. Övervakning av smittsamma sjukdomar i Europeiska unionen, en långsiktig strategi: 2008–2013	14
Mötesrapporter	16
8. Infektionssjukdomar och avgörande sociala faktorer	16
9. Seminarium om miljöförändringar och infektionssjukdomar	17
Bilaga: ECDC:s publikationer år 2008	19

Inledning

År 2008 publicerade Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) sammanlagt 21 vetenskapliga dokument. Några av de viktigaste dokumenten är handlingsplan för kampen mot tuberkulos i Europeiska unionen (*Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union*), vägledning om policyalternativ för att introducera vaccination mot humant papillomvirus (HPV) (*Guidance on policy options for introducing vaccination against human papillomavirus [HPV]*), samt de båda övervakningsrapporterna årlig epidemiologisk rapport om smittsamma sjukdomar i Europa 2008 (*Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008*) och övervakning av HIV/AIDS i Europa – 2007 (*HIV/AIDS surveillance in Europe – 2007*). Den senare rapporten utarbetades för första gången tillsammans med Världshälsoorganisationens regionala kontor för Europa (WHO EURO), och den behandlar läget i EU- och EES-länderna och i de övriga 23 länderna i WHO EURO-regionen.

Sammanfattningar av utvalda ECDC-dokument, som de ovannämnda, har gjorts för att de ska bli tillgängliga för beslutsfattare på alla EU-språken. De återspeglar andemeningen i de ursprungliga publikationerna, men viktiga nyanser kan ha gått förlorade under sammanfattningsprocessen. Läsare som vill ha en mer detaljerad översikt bör läsa hela texten i dokumenten som finns online på <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

En förteckning över alla ECDC:s publikationer år 2008 finns i bilagan. De finns alla i elektronisk form på ovanstående länk, med en kortfattad beskrivning av innehållet i var och en. Utvalda rapporter finns också tryckta. De kan beställas som papperskopior genom ett e-postmeddelande till publications@ecdc.europa.eu

Teknisk rapport

1. Granskning av kontrollåtgärder mot klamydia i EU-länderna

(publicerad i maj 2008)

Rapporten illustrerar omfattningen och resultatet av projektet med namnet Screening for Chlamydia Review in Europe (SCREEn), som anses vara den mest omfattande studien hittills av kontrollåtgärder mot klamydia i EU. Projektet genomfördes från november 2006 till augusti 2007, och samlade data från EU:s medlemsstater, EU:s kandidatländer, EFTA:s medlemsstater och USA.

I SCREEn samlade man in detaljerad information om klamydiadiagnos, klamydiascreening, fallhantering, prevalensstudier av klamydia och ett stort antal närbesläktade folkhälsofrågor. Informationen togs in genom en enkät via post i alla EU:s medlemsstater och kandidatländer, samt genom omfattande besök hos tjänstemän på folkhälsoområdet och vårdgivare i utvalda medlemsstater. Projektet ger en god inblick i vilka strategier de nationella hälso- och sjukvårdssystemen använder för att minska klamydiainfektionerna.

Det övergripande målet för projektet var att granska kontrollprogrammen och åtgärderna mot klamydia i medlemsstaterna, samt lämna rekommendationer för att förbättra förebyggande och kontroll av klamydia i regionen. Man hade följande särskilda mål:

- Att samla in systematisk information om folkhälsoverksamhet relaterad till kontroll av *C. trachomatis* i EU-medlemsstaterna och kandidatländerna, i grannländerna i Europa och i USA.
- Att jämföra information från ovanstående länder beträffande demografiska och ekonomiska indikatorer, hälso- och sjukvårdssystem, utbredningen av klamydia och enkäter om sexvanor.
- Att skapa en elektronisk databas för lagring av uppgifterna.
- Att samla in detaljerad information om kontrollåtgärder mot klamydia från utvalda EU-medlemsstater.
- Att utfärda rekommendationer till ECDC för folkhälsoåtgärder och för fortsatt forskning.

Av 34 utvalda länder kom det in svar från 29 länder i Europa och USA (total svarsfrekvens 88 procent). Från Cypern, Slovakien, Polen och Kroatien kom inga uppgifter in. Några av de viktigaste resultaten av enkäten var följande:

- 17 av de 29 deltagande länderna i Europa hade minst en publicerad vägledning för klinisk praxis som rekommenderades av ett nationellt organ som handlade vissa aspekter beträffande hantering av klamydiasmittade. Tre EU-medlemsstater (Bulgarien, Grekland och Finland) höll på att publicera eller ta fram riktlinjer.
- Klamydiatest erbjöds på gynekologmottagningar eller gynekologiska kliniker i alla de deltagande länderna, och i 23 länder ingick det i primärvården. I fem länder erbjöds klamydiatest via apotek eller försäljningsställen för receptfria läkemedel.
- Där anmälan av partners föreskrevs togs initiativet oftast av läkarna själva eller genom remiss till specialistklinik.
- Nukleinsyraamplifieringstest erbjöds i viss utsträckning i alla länderna utom ett. I nio länder testades mindre än 50 procent av proverna med nukleinsyraamplifieringstest.
- De flesta länderna hade ett system för att rapportera diagnostiserade klamydiainfektioner till hälso- och sjukvårdsmyndigheterna, men omkring en tredjedel offentliggjorde inte uppgifterna rutinmässigt.
- I 13 länder finns rutinmässiga uppgifter tillgängliga om kliniska komplikationer som kan orsakas av Chlamydia.
- Enkäter om sexvanor och prevalensstudier av klamydia har genomförts i åtta länder, och prevalensstudier av klamydia i befolkningen har genomförts i sju länder.

För att kategorisera länderna har SCREEn-projektet också gjort en klassificering av kontrollåtgärderna mot klamydia på grundval av principerna för kontroll av sexuellt överförd smitta. Kategorierna för kontrollåtgärder mot klamydia var följande: inga organiserade åtgärder (13 länder: Bulgarien, Finland, Grekland, Irland, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Portugal, Rumänien, Slovenien, Spanien, Schweiz och Turkiet); fallhantering (fem länder: Österrike, Tjeckien, Tyskland, Italien och Litauen); upptäckt av fall (tre länder: Belgien, Frankrike och Ungern); opportunistisk testning (sex länder: Danmark, Estland, Island, Lettland, Norge och Sverige); organiserad screening (två länder: Nederländerna och Storbritannien (endast England)).

Resultaten visar att det fanns två länder i Europa med pågående program (England, Storbritannien, opportunistiskt) eller pilotprogram (Nederländerna, proaktivt) för screening för klamydia. Ytterligare nio länder

uppgav att de hade planer på att införa ett program för screening med opportunistisk, proaktiv eller obestämd organisation. Av dessa länder har fem för närvarande inga riktlinjer för fallhantering för klamydia. Screening för klamydia som begränsas till gravida kvinnor praktiseras dessutom i Estland och Lettland, och inbjudningar till screening för klamydia skickas varje år ut med posten till 18-19-åringar eller 21-22-åringar i två regioner i Danmark.

Denna klassificering som har utvecklats av SCREEn-projektet skulle kunna användas i framtiden för att övervaka intensiteten i kontrollåtgärderna mot klamydia på landsnivå och för att underlätta beslut om vilka åtgärder som bör förstärkas eller införas.

Riktlinjer från ECDC

2. Riktlinjer för introduktion av HPV-vacciner i EU-länder

(publicerad i januari 2008)

I detta dokument beskrivs det vetenskapliga underlaget för introduktion av vaccination mot humant papillomvirus (HPV) för att underlätta för medlemsstaterna i Europeiska unionen (EU) att fatta policybeslut. Det belyser de frågor som bör tas under övervägande och innehåller en förteckning över policyalternativ för var och en av frågorna.

Dessa riktlinjer har utarbetats av en vetenskaplig expertpanel som inrättats och samordnats av ECDC och granskats av ECDC:s rådgivande forum.

Livmoderhalscancer är, näst efter bröstcancer, den vanligaste cancerformen bland kvinnor mellan 15 och 44 års ålder inom EU. Varje år förekommer cirka 33 000 fall av livmoderhalscancer inom EU och 15 000 dödsfall. Livmoderhalscancer orsakas främst av en kronisk sexuellt överförd infektion med högrisktyper av humant papillomvirus (HPV).

Genitala HPV-infektioner är mycket vanliga och överförs tidigt efter den sexuella debuten. I de allra flesta fall läker infektionerna ut spontant. Kroniska HPV-infektioner med högrisktyper av HPV kan emellertid ge cellförändringar i livmoderhalsen som kan leda till livmoderhalscancer. Högrisktyper av HPV associeras även med andra cancerformer i ano-genitalområdet samt huvud- och halscancer hos både män och kvinnor. Vissa lågrisktyper av HPV orsakar könsvärtor hos både män och kvinnor.

Vaccin mot humant papillomvirus

Följande två profylaktiska HPV-vacciner har beviljats licens inom EU: det kvadrivalenta vaccinet Gardasil® (Sanofi Pasteur MSD) och det bivalenta vaccinet Cervarix® (GlaxoSmithKline Biologicals). Båda vaccinerna innehåller virusliknande partiklar och är icke-infektiösa. Båda vaccinerna uppvisar god säkerhetsprofil. Båda vaccinerna skyddar mot HPV-högrisktyperna 16 och 18 som orsakar cirka 73 procent av livmoderhalscancerfallen inom EU. Gardasil skyddar även mot HPV 6 och 11 som orsakar de flesta fallen av könsvärtor. I stora fas III-studier har båda vaccinerna rapporterats förebygga över 90 procent av precancerösa lesioner som associeras med HPV 16 eller 18 bland HPV-naiva kvinnor. Vaccinerna ges i tre doser under sex månader.

HPV-vacciner och screening av livmoderhalscancer

Det har visat sig att screeningprogram för livmoderhalscancer med hög täckningsgrad och med en effektiv uppföljning och behandling av kvinnor med cellförändringar kan minska antalet fall av livmoderhalscancer med över 80 procent. Organiserade screeningprogram uppvisar bättre resultat än opportunistisk screening i att nå de mest riskutsatta kvinnorna, skapa åtgärder för kvalitetskontroll, och övervaka resultatet av standardiserade åtgärder.

HPV-vaccinet är ett nytt, kompletterande verktyg för att öka möjligheterna att bekämpa livmoderhalscancer. Det innebär emellertid inte att kvinnor som vaccinerats mot HPV-typerna 16 och 18 kan strykas från screeningprogrammet för livmoderhalscancer eftersom de fortfarande är utsatta för andra HPV-högrisktyper. Ländernas myndigheter bör fortsätta ansträngningarna att organisera och öka screeningprogrammets täckning och kvalitet oavsett införande av vaccination. En prioriterad åtgärd är att starta screeningprogram där de inte redan finns.

HPV-vaccinerna kommer att påverka effekten av nuvarande screeningprogram vilket noggrant måste följas upp. Ett allmänt vaccinationsprogram kommer i viss mån att minska antalet HPV-relaterade cellförändringar. Vaccinerade kvinnor kan invaggas i en falsk känsla av säkerhet vilket kan leda till att fler uteblir från screeningen. Det är viktigt att kvinnor får information och att de motiveras att delta i screeningprogrammen även efter att de har vaccinerats. En stor utmaning är att skapa synergier mellan vaccination och screening på ett kostnadseffektivt sätt som bäst gagnar kvinnorna.

Vilka bör vaccineras? Att fastställa målgrupp för HPV-vaccination

För att de nya vaccinerna ska få bästa möjliga effekt på sjukdomar associerade med HPV bör den primära målgruppen för allmän vaccination vara flickor som ännu inte är sexuellt aktiva (och därigenom utsatta för HPV-infektioner). Att ange en lägre vaccinationsålder skulle inte förhindra många infektioner och bör undvikas tills det finns stöd för att vaccinet har lång skyddseffekt (mer än 15–20 år). Att ange något äldre flickor och unga

kvinnor som målgrupp för så kallad catch-up-vaccination i början av ett allmänt vaccinationsprogram ökar sannolikt vaccinationsprogrammets effekt och nytta på kort sikt.

Landspecifika faktorer kommer att vara avgörande för att fastställa exakt ålder för det allmänna vaccinationsprogrammet och åldersgruppen för eventuell catch-up-vaccination. Exempel på sådana faktorer är den genomsnittliga åldern för sexuell debut, åldersspecifik förekomst av HPV-infektioner (om sådana uppgifter finns), strategier för administrering av vaccinet samt acceptans hos målgruppen för vaccinationen (och målgruppens målsmän).

Det är inte sannolikt att selektiv vaccination endast av "högriskgrupper" skulle vara vare sig mer ändamålsenlig eller effektivare än vaccination av alla flickor. Men den eventuella betydelsen av en selektiv/opportunistisk vaccination av vissa högriskindivider som komplement till ett allmänt vaccinationsprogram kan behöva ytterligare överväganden.

Strategiska alternativ för administrering av HPV-vaccin i EU-länder

Vaccination genom skolhälsovårdens försorg är sannolikt det mest kostnadseffektiva alternativet för att administrera HPV-vaccin till flickor i förpuberteten. Lokala frågeställningar, som förekomsten av skolhälsovård, finansieringsavtal för inköp och administrering av vaccin samt förfaranden för att inhämta föräldrarnas samtycke, kan emellertid påverka möjligheten att genomföra detta alternativ.

Ett allmänt gångbart alternativ för administreringen av HPV-vaccinet är att vaccinationen utförs på vårdcentraler eller sjukhus. Detta alternativ kan bli dyrare än vaccination genom skolhälsovården och innebär att uppföljningen av vaccinanvändningen kan bli svårare.

Särskilda kvinnomottagningar för sexuell och reproduktiv hälsa kan utgöra viktiga alternativ för vaccination. Flickor vänder sig emellertid sällan till dessa före sin sexuella debut och därför kan de troligtvis främst utnyttjas för catch-up-vaccination av äldre flickor och kvinnor. Andra miljöer för HPV-vaccination av flickor i svåråtkomliga grupper och för opportunistisk vaccination är sjukvårdsinstitutioner som flickorna besöker av andra skäl. Dessa alternativ kan öka vaccinanvändningen generellt.

Vid planeringen av strategier för administrering av HPV-vaccinet bör hänsyn tas till nuvarande vaccinationsprogram för flickor i tonåren och andra pågående hälsofrämjande aktiviteter. Oavsett var vaccinationen utförs är det mycket viktigt att upplysa om att vaccinationen enbart är ett komplement till, och inte en ersättning för, livmoderhalscancerscreening.

Modellering av kostnader och resultat för HPV-vaccination

Utvärderingen av HPV-vaccinationen bör inte enbart ske ur effektivitetssynpunkt utan också ur ekonomisk synpunkt. Den ekonomiska utvärderingen syftar till att bedöma om kostnaderna för att HPV-vaccinationen adderar ett kvalitetsjusterat levnadsår (QUALY, kvalitetsjusterat levnadsår) är jämförbar med kostnaden för andra allmänt vedertagna åtgärder inom hälso- och sjukvården.

Det är svårt att få samma ekonomiska utvärdering att gälla i olika länder på grund av skillnader i kostnader och hälso- och sjukvårdssystem. Följaktligen bör varje land genomföra en egen utvärdering (med hänsyn till sitt nuvarande förfarande för screening av livmoderhalscancer) innan de fattar beslut om bästa möjliga strategi för att förebygga livmoderhalscancer.

De ekonomiska utvärderingar som hittills gjorts tycks peka på en acceptabel kostnadseffektivitet för HPV-vaccination av flickor i förpuberteten (med eller utan catch-up av äldre årskullar). Vid användning av dynamiska simuleringsmodeller blir resultaten bättre eftersom man då även tar hänsyn till den effekt vaccinationen har på smittspridningshastigheten.

Uppföljning och utvärdering av effekten av HPV-vaccination

Den utvärdering som äger rum efter licensieringen av HPV-vaccinerna måste beräkna vaccinanvändningen och följsamheten, vaccinerens effekt och verkan på lång sikt, hur vaccinationen integreras med andra strategier som organiserad screening av livmoderhalscancer och vaccinsäkerhet. Samordningen av system för vaccin- och canceruppföljning kommer att vara avgörande för utvärdering av vaccinets konsekvenser och dess fördelar jämfört med andra preventiva åtgärder som redan finns på plats, som screening.

Exempel på metoder för att analysera hur vaccinerna påverkar kliniskt relevanta effektmått för sjukdomar kan vara undersökning och uppföljning av vaccinerrelaterade HPV-infektioner, precancerösa lesioner, eller cancerformer som upptäcks på etablerade eller nystartade laboratorier eller med hjälp av register över cellprov eller cancer.

Ett förslag är att använda fas IV-studier för att utvärdera vilken effekt HPV-vaccinet har på folkhälsan. Det skulle kunna tillföra information om antalet fall av avvikande och precancerösa cellprov liksom cancerfall och sjuklighet. Det skulle också kunna vara värdefullt för analysen av en eventuell integrering mellan livmoderhalscancerscreening och vaccinationsprogram. Uppföljning baserad på systematisk registrering av

HPV-vaccination och sambandsstudier som använder sig av relevanta register inom hälso- och sjukvården kan användas för att utvärdera vaccinetts effekt under fältförhållanden.

Informationen för uppföljning av HPV-vaccinationen bör åtminstone inkludera uppgifter om vaccinationstäckning, uppföljning av biverkningar efter vaccinationen och en övervakning av indikatorerna för vaccinationens effekt på precancerösa lesioner.

3. Influensavaccination av prioriterade riskgrupper

(publicerad i augusti 2008)

På Europeiska kommissionens begäran har ECDC genomfört en vetenskaplig folkhälsoundersökning om riskgrupper för influensa¹ och andra grupper som erbjuds vaccination mot säsongsinfluensa inom EU. Studiens målsättningar var att

- beskriva de riskgrupper som rekommenderas för vaccination i EU/EES-länderna och ge information om andra grupper som erbjuds vaccination,
- sammanfatta det vetenskapliga underlaget för de riskgrupper som rekommenderas för vaccination,
- ge förslag till prioriterade riskgrupper inom EU, baserat på öppet redovisade kriterier,
- göra en grov uppskattning av antalet människor inom prioriterade riskgrupper i EU-länderna,
- fastställa inom vilka områden det behövs ytterligare insatser, bland annat forskning och utveckling.

Beskrivningen av riskgrupperna för influensa och de andra grupper som för närvarande erbjuds vaccination har sin grund i en undersökning som VENICE-projektet och ECDC genomförde tillsammans 2008. Enligt de kriterier som fastställdes av ECDC och VENICE-projektet bör riskgrupperna utgöras av tydligt avgränsade grupper med sannolikt större risk att drabbas av allvarliga komplikationer. Dessutom bör det finnas vetenskapliga belägg för att vaccinationen minskar risken för smitta. När det gäller det första kriteriet försvärades arbetet av att det i dag inte finns något system inom EU för en allmän uppföljning av sjuklighet och dödlighet associerad med allvarlig influensa. Kriterier för arbetsrelaterad vaccination (främst av hälso- och sjukvårdspersonal) utan bevisade fördelar för patienterna togs i beaktande men gavs lägre prioritet – med undantag för en kategori arbetstagare, nämligen de som arbetar med äldre inom hemsjukvården där det finns stöd för att det skyddar patienterna. Slutligen togs graden av samförstånd mellan EU-länderna i beaktande.

Genomgången av litteraturen visar att det av vetenskapliga och folkhälsomässiga skäl är berättigat med allmän vaccination mot säsongsinfluensa för två riskgrupper:

- Äldre åldersgrupper, vanligtvis 65 år och äldre.
- Personer med kroniska sjukdomar, i synnerhet sjukdomar inom följande kategorier:
 - Kroniska sjukdomar i andningsorganen.
 - Kroniska hjärt-kärlsjukdomar.
 - Kroniska ämnesomsättningsstörningar.
 - Kroniska njur- och leversjukdomar.
 - Personer med nedsatt immunförsvar (medfött eller förvärvat).
 - Ungdomar med långvarig salicylatbehandling.
 - Personer med besvär som leder till sämre andningsfunktion.

Det är endast för dessa riskgrupper som alla EU-länder har nått samförstånd. Den exakta åldersdefinitionen av äldre åldersgrupper är något godtycklig (över 64 år, över 59 år osv.) och vissa länder avviker redan i dag från kriteriet "över 64 år", beroende på nationella förhållanden och egna analyser.

Det finns goda argument för att erbjuda vaccination till två andra riskgrupper: gravida och barn (definitionen varierar mellan "under två års ålder" eller "under fem års ålder"). Det finns emellertid endast begränsad information tillgänglig inom EU om riskerna respektive effekterna för dessa två grupper och hittills råder inget samförstånd inom EU. Uppgifterna är inte tillräckliga för att kunna fastställa dem som riskgrupper på EU-nivå. I takt med att ytterligare information blir tillgänglig kommer det att krävas att ännu en utvärdering av grupperna sker. Det är särskilt viktigt att det samlas in data om vilken effekt vaccination har på dessa grupper så att samförstånd kan uppnås efter ytterligare utvärdering.

Det finns även grupper som erbjuds vaccination men som inte tillhör riskgrupperna och för vilka det inte finns några starka folkhälsoskäl. Exempelvis råder det ett betydande samförstånd inom EU att all hälso- och sjukvårdspersonal med patientkontakt bör vaccineras av arbetsmiljöskäl (som skydd för personalen). Det finns

¹ Riskgrupper för influensa definieras här som grupper av människor med större sannolikhet att få allvarliga komplikationer om de smittas och som som man vet vinner på att vaccineras genom att risken för infektion minskar.

stark evidens från studier för att vaccination av personal inom hemsjukvården ger indirekta fördelar för patienterna och ger dem skydd mot allvarliga komplikationer efter influensa. Det är emellertid värt att notera att majoriteten av hälso- och sjukvårdspersonalen inom EU tackar nej till erbjudande om vaccination. Det finns inget bra stöd för fördelarna med att erbjuda vaccination till personer inom samma hushåll som personer som tillhör de två främsta riskgrupperna.

Det finns grova uppskattningar av antal och andel personer som tillhör de två främsta riskgrupperna i EU-länderna. I denna studie tillämpades en metod som pekade på att cirka 25 procent av befolkningen inom EU-länderna för närvarande skulle behöva vaccineras årligen eftersom de tillhör minst en av de två främsta riskgrupperna. Andra nationella uppskattningar pekar på liknande procenttal. Den nationella nivån ligger mellan 19 procent och 28 procent beroende på procenttalet för äldre i befolkningen i varje land. Uppskattningen för hela EU uppgår till cirka 125 miljoner människor, uppdelat på två tredjedelar (cirka 84 miljoner som är 65 år eller äldre) och en tredjedel (cirka 41 miljoner yngre med kroniska sjukdomar). Dessa antal kommer tveklöst att öka med tiden på grund av den åldrande befolkningen och på grund av att människor med kroniska sjukdomar i dag lever ett längre produktivt liv tack vare de moderna läkemedlens effektivitet.

I studien rekommenderas ett antal prioriteringar inom europeisk forskning och utveckling:

- Utveckling av övervakning och uppföljning: rutinmässig övervakning av allvarliga sjukdomsförlopp av influensa inom EU (sjukhusvistelse och dödsfall).
- Rutinmässig uppföljning av influensavaccinationens effekt, i synnerhet när det gäller att minska risken för allvarliga sjukdomar och dödsfall orsakade av influensa.
- Uppskattning av sjukdomsburden som influensa orsakar hos gravida och barn samt utvärdering av effekten av vaccination av gravida och barn i alla åldrar inom EU.
- Ytterligare utredningar för att visa om vaccination av hälso- och sjukvårdspersonal och hushållsmedlemmar minskar risken hos utsatta personer i de två främsta riskgrupperna.
- Utveckling av projekt för att öka intresset för vaccination mot influensa bland hälso- och sjukvårdspersonal, både ur deras egen och patienternas synvinkel.
- Särskilda utredningar för att få information om huruvida risken för allvarliga komplikationer på grund av influensainfektion är vanligare bland hiv-smittade i EU och liknande studier för andra mer vanliga besvär som mild astma.
- Hälsokonsekvensstudier och hälsoekonomiska studier om vaccination mot influensa, bland annat på personer äldre än den satta åldersgränsen för vaccination, med beaktande av att olika länder måste fastställa sina egna åldersgränser.
- Utredning av effekten av ett allmänt vaccinationsprogram för att fastställa eventuella indirekta fördelar med att minska den allmänna smittrisen.

Övervakningsrapporter

4. Årlig epidemiologisk rapport om smittsamma sjukdomar i Europa 2008 – lägesrapport gällande smittsamma sjukdomar i EU och EES-/EFTA-länderna

(publicerad i december 2008)

ECDC publicerar varje år en europeisk årlig epidemiologisk rapport (AER). Den andra utgåvan, som publicerades 2008, innehåller en översikt över övervakningen av smittsamma sjukdomar från 2006 i tabellform med kortfattade kommentarer, och den ger en beskrivning av akuta hot mot människors hälsa genom smittsamma sjukdomar år 2007. Rapporten fokuserar dessutom på en omfattande beskrivning av vårdrelaterade infektioner, däribland antimikrobiell resistens (AMR).

De största hoten i samband med smittsamma sjukdomar i EU har inte ändrats sedan den föregående utgåvan av rapporten, och de är bland annat följande:

- Antimikrobiell resistens.
- Vårdrelaterade infektioner.
- HIVinfektion.
- Pneumokockinfektioner.
- Influensa (pandemisk risk och årliga säsongsepidemier).
- Tuberkulos.

HUVUDTEMA FÖR DENNA UTGÅVA

Vårdrelaterade infektioner

Övervakningen av vårdrelaterade infektioner i Europa utförs genom nätverket IPSE (Improving Patient Safety in Europe) (2005 till juni 2008), där övervakning av infektioner vid operationssåret (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) och övervakning av intensivvårdsavdelningar (HELICS-ICU) ingår.

Förekomsten av infektioner vid operationssåret år 2006 har hållit sig stabil jämfört med 2004 till 2005 med undantag för höftprotesoperationer, där en signifikant minskning har observerats – från 2,2 procent år 2004 till 1,6 procent år 2005 och 1,3 procent år 2006 ($p = 0,039$).

Av 51 621 patienter som stannade mer än två dagar på intensivvårdsavdelning fick 6,8 procent lunginflammation. Förekomsten varierade från 1,5 procent hos patienter som inte ventilerades till 22,2 procent hos patienter som ventilerades i en vecka eller längre. Den mikroorganism som isolerades oftast vid intensivvårdsförvärd lunginflammation var *Pseudomonas aeruginosa* och vid intensivvårdsförvärd infektioner i blodet koagulasnegativa stafylokocker.

Övervakningen av vårdrelaterade infektioner utökades ytterligare år 2006, och utökningen kommer att fortsätta efter det att IPSE-nätverkets övervakningskomponenter har övergått till ECDC år 2008.

Generellt sett har frekvensen av vårdrelaterade infektioner hållit sig stabil i hela Europa år 2006. Det finns emellertid avsevärda skillnader mellan länderna i övervakningen, och ytterligare tonvikt bör läggas på harmonisering av metoder.

Antimikrobiell resistens (AMR)

Uppgifterna om antimikrobiell resistens kommer från Europeiska systemet för övervakning av antimikrobiell resistens (EARSS), som är ett särskilt nätverk för AMR-övervakning i Europa.

Streptococcus pneumoniae

År 2006 hade mindre än 5 % av pneumokockerna nedsatt känslighet för penicillin i de flesta länderna i norra Europa, medan motsvarande siffror i länderna i södra Europa och i Medelhavsländerna varierade från 7 % till mer än 25 %.

Staphylococcus aureus

Meticillinresistent *Staphylococcus aureus* (MRSA) fortsatte att spridas i hög-, mellan- och lågdemiska länder i Europa år 2006. Femton av 31 länder (huvudsakligen länder i södra Europa samt Storbritannien och Irland) rapporterade att andelen av alla *Staphylococcus aureus*-isolat som var resistent mot meticillin var 25 procent eller högre, med nivåer som stabiliserades i vissa av de högdemiska länderna. I norra Europa förblev andelen MRSA mindre än 4 procent.

Escherichia coli

En ökande nivå av fluorokinolonresistens i Europa var särskilt oroväckande.

Pseudomonas aeruginosa

År 2006 var nästan en femtedel av de invasiva isolaten av *P. aeruginosa* resistent mot tre eller fler antibiotika, särskilt i länderna i södra Europa.

SAMMANFATTNING AV ÖVERVAKNING AV SMITTSAMMA SJUKDOMAR 2006

Hiv, sexuellt överförda infektioner, hepatit B och C

År 2006 hade hivinfektionerna fortfarande stor betydelse vad gäller folkhälsan i Europa med över 25 000 nydiagnostiserade fall som rapporterats av 29 länder (med undantag av Italien, Spanien och Liechtenstein), vilket ger en total förekomst på 6 per 100 000. Hivinfektionernas epidemiologi skiljer sig mycket åt i de olika länderna. Ett ökande antal hivfall rapporterades i vissa länder i Europa: framför allt i Estland, Lettland, Luxemburg, Portugal och Storbritannien. Däremot var antalet nyrapporterade aidsfall i EU och EES-/EFTA-länderna 7 035, vilket motsvarar 1,4 per 100 000, och detta är en minskning med mer än en tredjedel sedan 1999.

Hivinfektionerna överfördes huvudsakligen genom heterosexuell kontakt (53 procent), men omkring 40 procent av fallen diagnostiserades hos personer från länder med generaliserad epidemi. Om dessa fall undantas är det dominerande överföringssättet sex mellan män (37 procent).

Ett stort antal hivpositiva personer i EU känner inte till sin infektion. Detta visar att åtgärder behövs för att öka användningen av hivtest.

Sexuellt överförda infektioner

År 2006 fortsatte infektioner med *Chlamydia trachomatis* att vara den oftast rapporterade sexuellt överförda infektionen (och den vanligaste sjukdomen som omfattas av rapporteringsskyldighet totalt i Europa) med nästan en kvarts miljon fall rapporterade av 22 EU- och EES-/EFTA-medlemsstater som genomför övervakning av sjukdomen. Antalet rapporterade fall var 92 per 100 000.

År 2006 rapporterades i Sverige en ny variant av *Chlamydia trachomatis* som inte hade upptäckts med hjälp av allmänt tillgängliga kommersiella test. Detta gav anledning att inleda en studie för att söka efter denna nya variant i andra medlemsstater, men den tycks fortfarande huvudsakligen vara begränsad till Sverige.

År 2006 godkändes det första vaccinet mot infektioner med humant papillomvirus.

Influensa

2006 inträffade de första fallen av högpatogen aviär influensa (A(H5N1)) hos vilda fåglar och fjäderfä i Europeiska unionen. I EU rapporterades dock inga humanfall av infektion med A(H5N1) under 2006. Endast ett fall av infektion med en lågpatogen aviär stam H7 rapporterades, hos en person som arbetade med fjäderfä i Storbritannien. Genom förbättrad lagstiftning som rör djurhälsofrågor var det ändå möjligt att reagera konsekvent på det ökande hot som viruset A(H5N1) utgjorde i EU-medlemsstaterna. Eftersom det i första hand var ett virus som drabbade fåglar gick försvaret för människor i första hand ut på att snabbt upptäcka och få bukt med infektioner hos fåglar och särskilt i fjäderfäbesättningar.

Tuberkulos

Förekomsten av tuberkulos (TB) fortsatte att minska hos den infödda befolkningen i nästan alla medlemsstaterna, där det framför allt är en sjukdom hos äldre, där en primär infektion för många decennier sedan nu reaktiveras. Situationen påverkas emellertid av de senaste demografiska, politiska och socioekonomiska förändringarna i Europa, såsom den ökande migrationen. Tuberkulos håller därför på att bli vanligare hos invandrare, hemlösa, fattiga i innerstäderna, fångar, personer som lever med hiv, samt narkomaner i EU.

Det finns dessutom områden med höga nivåer av läkemedelsresistent tuberkulos, framför allt på grund av ofullständiga eller dåligt utformade behandlingsscheman.

Sjukdomar som kan förebyggas med vaccin

Sedan allmän vaccination av barn mot *Haemophilus influenzae* typ B (Hib) infördes i de flesta EU-länderna har antalet fall av invasiv Hib minskat och fortsätter att vara lågt för hela befolkningen i EU-länderna (mindre än 1 per 100 000 år 2006).

Flera länder i Europa har lagt till sju-valent konjugerat pneumokockvaccin (PCV7) i sina vaccinationsscheman, åtminstone för högriskgrupper. Detta har gett anledning att befara att vanliga serotyper så småningom kan komma att ersättas av serotyper som PCV7 inte är verksamt mot, vilket redan har observerats i USA. Detta gör det ännu viktigare att ha övervakningssystem som inte bara omfattar sjukdomens utan också serotypens spridning.

Trots en totalt sett sjunkande trend det senaste decenniet var mässling fortfarande ett prioriterat folkhälsoproblem år 2006 med över 7 000 bekräftade fall och sex rapporterade dödsfall. Flera händelser visade också tydligt att mässling har potential att orsaka stora utbrott.

De flesta EU-länderna använde acellulärt vaccin mot kikhosta (aP) år 2006. Efter en stabil period har antalet anmälda fall ökat något i vissa EU-länder sedan 2003.

Livsmedels- och vattenburna sjukdomar

Campylobacter fortsätter att vara den tarmpatogen som oftast rapporteras i EU och EES-/EFTA-länderna med nästan 40 fall per 100 000, även om det tycks ske en liten minskning av antalet från 2005 till 2006.

Infektioner med VTEC/EHEC tycks också minska med ett antal anmälda fall år 2006 på strax över 1 fall per 100 000, även om en del länder rapporterar avsevärt högre antal, särskilt hos småbarn.

SAMMANFATTNING AV HOTEN 2007

År 2007 övervakade ECDC 168 hot av vilka

- 142 (85 procent) var nya,
- 21 uppkom år 2006 och fortfarande är aktiva år 2007,
- fem uppkom år 2005 och fortfarande är aktiva år 2007,
- 66 hot krävde aktiv uppföljning av ECDC,
- 10 resulterade i en detaljerad riskvärdering som distribuerades till EU-medlemsstaterna och Europeiska kommissionen genom systemet för tidig varning och reaktion (EWRS).

Hoten som var intressanta för EU var på det hela taget fortfarande omfattande år 2007. Livsmedels- och vattenburna sjukdomar fortsatte att vara det vanligaste hotet som övervakades i EU. Framför allt skedde det en signifikant ökning av hoten i samband med tuberkulos år 2007 och i synnerhet händelser som hade samband med multiresistent och extremt resistent (XDR) tuberkulos och medpassagerares exponering för tuberkulospatienter som reser medan de är smittsamma.

De flesta av de hot som ansågs eventuellt kunna påverka EU år 2007 rapporterades genom EWRS eller genom europeiska nätverk som inrättats för detta ändamål (EWGLI för legionärssjukan och ENTERNET för livsmedels- och vattenburna sjukdomar). Systemet för tidig varning och reaktion har hela tiden visat sig vara ett effektivt verktyg för samordning av EU-medlemsstaternas folkhälsoåtgärder, så att dessa vidtas i rätt tid för att möta bekräftade hot. År 2007 började ECDC utarbeta en kommunikationsplattform för epidemiologisk omvärldsbevakning som omfattar hela EU.

SLUTSATSER

De prioriterade områdena för förebyggande och kontroll av smittsamma sjukdomar i EU har inte ändrats väsentligt sedan den förra utgåvan av AER.

Å ena sidan är de områden som är av intresse, däribland områden med konsekvent hög belastning, fortfarande desamma. Utöver de sex främsta hot som angavs i början av denna sammanfattning bör vi vara uppmärksamma på det stora antalet rapporterade fall av infektion med klamydia och Campylobacter.

Inom en del sjukdomsområden, som vissa sjukdomar som kan förebyggas med vaccin (inklusive Hib), har å andra sidan förekomsten minskat, och en del andra sjukdomar som kan förebyggas med vaccin (t.ex. difteri) har extremt liten förekomst – omkring 0,1 fall per 100 000. EU-medlemsstaterna befinner sig emellertid långt från de mål som ställts upp inom programmen för sjukdomsbekämpning, särskilt när det gäller mässling.

Kvaliteten på de uppgifter utifrån vilka dessa slutsatser kan dras är långt ifrån perfekt, och det krävs fortfarande avsevärda ansträngningar för att förbättra övervakningen av smittsamma sjukdomar i Europeiska unionen. Framför allt finns det fortfarande stora problem när det gäller frågan huruvida uppgifterna från olika medlemsstater är jämförbara, vilket uppenbarligen gör de insamlade uppgifterna mindre användbara på europeisk nivå.

Nya sätt att tillhandahålla uppgifter för att fastställa prioriteringar inom området smittsamma sjukdomar behöver undersökas, och en bedömning av den nuvarande och framtida bördan av smittsamma sjukdomar måste göras.

I ett framtidsperspektiv är det uppenbart att vissa trender på lång sikt kommer att påverka panoramat vad gäller smittsamma sjukdomar i EU, såsom

- den åldrande befolkningen i EU,
- miljöförändringarna, inklusive klimatförändringarna,
- det ökade resandet och migrationen samt
- de sociala förändringarna.

Kontinuerlig övervakning av bördan och utvecklingen av smittsamma sjukdomar i EU är nödvändig för att tillhandahålla felfria data på vilka den gemensamma hälso- och sjukvårdspolitiken bör baseras.

5. Övervakning av hiv/aids i Europa

(publicerad i december 2008)

Viktiga punkter

Hivinfektioner har fortfarande stor betydelse när det gäller folkhälsan i Europa, och överföringen av hiv ökar i flera länder i Europa.

- År 2007 rapporterades 48 892 nydiagnostiserade fall av hivinfektion av 49 av de 53 länderna i WHO:s europeiska region (från Österrike, Italien, Monaco och Ryssland finns inga uppgifter tillgängliga). Störst antal fall rapporterades från Estland, Ukraina, Portugal och Moldavien. 5 244 fall av aids rapporterades av 48 länder (från Italien, Kazakstan, Monaco, Ryssland och Ukraina finns inga uppgifter tillgängliga).
- År 2007 rapporterades 26 279 nydiagnostiserade fall av hivinfektion i länderna i Europeiska unionen och Europeiska frihandelssammanslutningen (kallade EU/EFTA i denna rapport) (från Österrike och Italien finns inga uppgifter tillgängliga). I EU/EFTA rapporterades störst antal fall från Estland, Portugal och Lettland, medan lägst antal rapporterades av Slovakien, Tjeckien och Rumänien.
- I EU/EFTA visar sig de vanligaste sätten att överföra hivinfektion vara sex mellan män, följt av heterosexuell kontakt. Omkring 40 procent av fallen med överföring genom heterosexuell kontakt diagnostiserades hos personer från länder med generaliserad hiv/aids-epidemi.
- I de tre geografiska områdena i WHO:s europeiska region är sprutnarkomani fortfarande det huvudsakliga överföringssättet i öst, medan det dominerande överföringssättet för hiv i Centraleuropa är heterosexuell kontakt, även om antalet hivfall som rapporterats bland män som har sex med män också har ökat. I väst är det dominerande sättet sex mellan män, följt av heterosexuell kontakt, när fall hos personer från länder med generaliserad epidemi undantas.
- Trots den ofullständiga rapporteringen har antalet rapporterade nydiagnostiserade fall av hivinfektion ökat totalt sett år 2007, medan antalet diagnostiserade aidsfall totalt sett fortsatt att minska i WHO:s europeiska region, även om antalet aidsfall har fortsatt att öka i öst. Sedan år 2000 har antalet rapporterade nydiagnostiserade fall av hiv per miljon invånare nästan fördubblats från 39 per miljon år 2000 till 75 per miljon år 2007, baserat på de 44 länder som konsekvent har rapporterat övervakningsdata för hiv.
- Det totala antalet hivtest som utförs varje år i diagnostiskt syfte, med anonyma test och blodgivning undantagna, har ökat mellan år 2003 och 2007 i de flesta länderna.
- Uppgifterna som presenteras här har vissa begränsningar, särskilt på grund av att uppgifter saknas från ett antal länder. Härigenom begränsas de slutsatser som kan dras beträffande omfattningen av hiv- och aidsepidemin i Europa. Om dessa uppgifter hade tagits med i beräkningen skulle det totala antalet fall i stort sett kunna fördubblas för 2007.

Rekommendationer för övervakning av hiv/aids

Övervakningsdata för hiv/aids är synnerligen viktiga för att följa utvecklingen av hiv-epidemin och utvärdera folkhälsoåtgärderna. Därför bör alla länder i Europa

- införa fallbaserade nationella rapporteringssystem för hiv- och aidsfall och se till att systemen är fullständiga och punktliga,
- förbättra kvaliteten på uppgifterna som rapporteras, särskilt beträffande förmodade smittvägar, och
- stödja en omfattande övervakning av hiv med bland annat rutinmässig övervakning av beteende, samt prevalensstudier av hiv.

Rekommendationer för folkhälsa

Insatserna för att kontrollera epidemin ska vara evidensbaserade och anpassade till landet och det geografiska området. Mot bakgrund av de övervakningsdata som finns till hands är det rimligt att rekommendera följande:

- Öst: åtgärder för att kontrollera hiv bland sprutnarkomaner bör vara hörnstenen i strategierna för förebyggande av hiv, och man bör också öka insatserna för att förebygga heterosexuell överföring, med särskild inriktning på personer med högriskpartners.
- Centraleuropa: de förebyggande åtgärderna bör anpassas till förhållandena i varje land för att bevara deras epidemiologiska fördelar.
- Väst: insatserna för att kontrollera hiv bland män som har sex med män bör vara hörnstenen i strategierna för förebyggande av hiv, t.ex. nya kampanjer för säkrare sex inriktade på män som har sex med män; insatserna för förebyggande, behandling och vård måste anpassas för att nå invandrargrupper.
- I alla underregioner bör hivtest stödjas för att säkerställa tidig tillgång till behandling och rådgivning, för att förhindra eller minska fortsatt överföring, samt förbättra behandlingsresultaten på lång sikt för personerna i fråga.

Specialrapporter

6. Handlingsplan för bekämpning av tuberkulos i Europeiska unionen

(publicerad i mars 2008)

Tuberkulos är en allvarlig infektionssjukdom hos människor som oftast förvärvas genom inandning av bakterier i små droppar från en person med lungsjukdom. Även om det finns effektiv behandling kan felaktig behandling eller behandling som inte följs resultera i att sjukdomen inte botas eller att det utvecklas resistent tuberkulos.

Förekomsten av tuberkulos i EU har minskat stadigt under de senaste decennierna. Siffrorna från EU 27 är bland de lägsta i världen, men högre än i andra industriländer, som exempelvis USA och Australien. Vi får dock inte slä oss till ro; ett lika gynnsamt epidemiologiskt läge beskrevs i flera länder för tiotals år sedan, och resulterade i minskad medvetenhet och minskade resurser och verksamheter för förebyggande och kontroll av tuberkulos. Sjukdomen kom därför tillbaka, underblåst av hivepidemin och utvecklingen av multiresistent tuberkulos. Därigenom krävdes förnyade insatser av både kontrollprogram och verksamhet för att kunna ställa tidiga diagnoser, för tillgången på lämplig behandling och för att behandlingarna skulle kunna fullföljas.

I mars 2007 uppmanade därför EU:s hälsokommissionär, Markos Kyprianou, Europeiskt centrum för förebyggande och kontroll av sjukdomar (ECDC) att ta fram ett förslag till en handlingsplan för att bekämpa tuberkulos (TB) i EU.

Det långsiktiga målet för handlingsplanen för tuberkulos är att kontrollera och slutligen eliminera tuberkulos i EU. Det mesta av den verksamhet som syftar till att minska tuberkulosbördan är beroende av nationella insatser, där EU:s institutioner stöder medlemsstaterna i deras arbete. Planens målsättningar är att

- öka den politiska och allmänna medvetenheten om tuberkulos som en folkhälsofråga i EU,
- stödja och stärka medlemsstaternas insatser mot tuberkulos i enlighet med det nationella epidemiologiska läget och utmaningarna i landet i fråga,
- bidra till kontrollen av tuberkulos i EU genom att stödja de länder som de importerade fallen kommer ifrån.

Detta förslag bygger på följande fyra principer: att garantera vård av hög kvalitet inom rimlig tid för alla, stärka hälso- och sjukvårdssystemens kapacitet, ta fram nya verktyg, samt bygga upp partnerskap och samarbete med länder och intressenter. Åtta områden för strategisk utveckling byggdes upp kring dessa principer.

Sammanfattningsvis är de rekommenderade målen och åtgärderna för vart och ett av de åtta områdena följande:

Område 1. Skyldighet till tuberkuloskontroll, medvetenhet om tuberkulos och hälso- och sjukvårdssystemens kapacitet

1. Öka medlemsstaternas åtagande när det gäller politik och anslag av medel till program för tuberkuloskontroll som ingår i de övergripande folkhälsostrategierna.
2. Stärka kapaciteten i medlemsstaternas hälso- och sjukvårdssystem för verksamheter för kontroll och eliminering av tuberkulos.

Område 2. Övervakning

1. Bedöma tuberkulosens epidemiologiska egenskaper och spridning i befolkningen både tidsmässigt och geografiskt, både inom medlemsstaterna och över hela Europa.
2. Övervaka resultatet av kontrollåtgärderna mot tuberkulos och tillföra denna information till beslutsprocessen för att möjliggöra lämpliga insatser för att förbättra de nationella och europeiska tuberkulosprogrammen.
3. Identifiera och beskriva utsatta befolkningsgrupper som löper ökad risk för tuberkulos och ogynnsam prognos och som bör omfattas av målinriktad folkhälsoverksamhet.

Område 3. Laboratorietjänster

1. Utveckla och genomföra moderna laboratorietjänster av hög kvalitet som tillgodoser de kliniska behoven, folkhälsobehoven och forskningsbehoven i fråga om tuberkulos.
2. Säkerställa säkra, exakta laboratorietjänster av hög kvalitet och lämpligt utbildad personal för att utföra arbetet.
3. Säkerställa investeringar i hållbara laboratorietjänster på lång sikt.

Område 4. Snar och högkvalitativ tuberkulosvård för alla

1. Diagnostisera alla fall snarast och säkerställa lämplig tuberkulosbehandling och -vård.
2. Anpassa insatserna efter det särskilda epidemiologiska läget och utsatta befolkningsgrupper för att nå optimal effektivitet inom tuberkuloskontrollen på alla nivåer.
3. Uppnå enhetlig tillämpning av åtgärder för hantering av utbrott.
4. Se till att alla tuberkulospatienters individuella vårdbehov uppfylls.

Område 5. Multiresistent och extremt resistent tuberkulos

Följande mål riktar sig till samtliga medlemsstater, men de bör särskilt uppmärksammas av de länder där problemet med multiresistent och extremt resistent tuberkulos är störst.

1. Optimera och stärka övervakningen och uppföljningen av multiresistent och extremt resistent tuberkulos.
2. Särskilt förbättra tjänsterna för test av känslighet för tuberkulosläkemedel inom EU i samband med förstärkta laboratorietjänster för tuberkulos.
3. Förbättra vården och hanteringen av patienter med multiresistent och extremt resistent tuberkulos, inklusive vårddygien och smittspårning/profylaxmetoder.
4. Förbättra tillgången och tillgängligheten till första- och andrahandsläkemedel, vilket säkerställer rationell användning av tuberkulosläkemedel.

Område 6. Samtidig tuberkulos- och hivinfektion

1. Minska bördan av samtidig tuberkulos- och hivinfektion i EU genom att stärka samarbetet mellan tuberkulos- och hiv-/aidsprogrammen eller lämpliga verksamheter inom hälso- och sjukvårdssystemet.
2. Främja forskningsverksamhet och kliniska studier på EU-nivå beträffande samtidig tuberkulos- och hivsjukdom.

Område 7. Nya verktyg för tuberkuloskontroll

1. Fastställa prioriteringar för grundläggande, tillämpad och operativ forskning inom EU.
2. Tillhandahålla finansiering och samordning.

Område 8. Bygga upp partnerskap och samarbete med länder

1. Se till att tuberkulos står högt på EU:s och nationella myndigheters agenda för politik, teknik och forskning, med hänsyn till prioriteringar som konkurrerar om begränsade resurser.
2. Bidra till att stigmatiseringen undanröjs, säkerställa att tuberkulos, multiresistent tuberkulos och extremt resistent tuberkulos upptäcks tidigt och snabbt och uppmuntra människor att kräva behandling i enlighet med patientstadgan för tuberkulosvård.
3. Säkerställa att efterföljande behandling finns att få, är tillgänglig, inte för dyr, lämplig och, framför allt, lyckas.
4. Vidareutveckla samarbetet och samordningen mellan ECDC, kommissionen, enskilda länder, WHO och andra intressenter.

7. Övervakning av smittsamma sjukdomar i Europeiska unionen, en långsiktig strategi: 2008–2013

(publicerad i maj 2008)

Denna långsiktiga vision och strategi för framtida övervakning av smittsamma sjukdomar i EU har tagits fram för att styra besluten för en långsiktig utveckling av det europeiska övervakningssystemet. Strategin omfattar åren fram till 2013, varigenom den anpassas till ECDC:s fleråriga strategiska plan (godkänd av ECDC:s styrelse i juni 2007). Dessutom förutses synergieffekter med ECDC:s laboratoriestrategi.

Strategin går ut på att definiera villkoren för övervakningen, dess omfattning, mål och syften och de organisatoriska kraven. Den beskriver också olika sätt att stödja medlemsstaterna och presenterar en vägledande plan för genomförandet.

Det övergripande målet är att bidra till att minska förekomsten och utbredningen av smittsamma sjukdomar i Europa genom att tillhandahålla relevanta folkhälsodata, information och rapporter åt beslutsfattare, experter och hälso- och sjukvårdspersonal för att stödja åtgärder som leder till förebyggande i god tid och kontroll av smittsamma sjukdomar i Europa. För att nå detta mål är det absolut nödvändigt att uppgifterna om smittsamma sjukdomar har hög validitet och god jämförbarhet.

En mer samordnad strategi för övervakning kommer att

- förbättra uppgifternas regionala jämförbarhet,
- göra övervakningen i Europa mindre invecklad,
- göra det möjligt att genomföra övervakningen på ett samverkande sätt,
- undvika dubbelarbete,
- ge information med bättre kvalitet om folkhälsan i det långa loppet tack vare mer relevanta och tillförlitliga uppgifter,
- göra det lättare att förstärka de nationella övervakningssystemen,
- förmodligen bli mer effektivt och hållbart ekonomiskt sett,
- göra det enklare att få tillgång till och använda uppgifterna,
- förbättra upptäckt och övervakning av internationella utbrott,
- bidra till kapacitetsuppbyggnad och
- säkerställa att sjukdomar står på agendan för övervakning och forskning enligt EU:s prioriteringar.

ECDC håller på att ta fram ett system för indikatorbaserad övervakning av infektionssjukdomar på europeisk nivå, döpt till Europeiska övervakningssystemet (TESSy). TESSy kommer att vara ett värdefullt redskap för att förbättra insamling, validering, lagring och spridning av övervakningsdata från EU:s medlemsstater och EES-länderna. Inledningsvis ska TESSy samla in ett begränsat antal grundläggande variabler som är viktiga för rutinövervakning av fall av infektionssjukdomar. När TESSy har blivit allmänt accepterat och används som regional standarddatabas kommer ECDC:s långsiktiga mål att ytterligare minska komplexiteten och arbetsbördan för alla medverkande att stödjas genom att

- insamlingen av uppgifter om övervakningen av infektionssjukdomar standardiseras,
- en enda kontaktpunkt för att rapportera och hämta uppgifter tillhandahålls för medlemsstaterna,
- rapporterna som bygger på övervakningsdata standardiseras, och genom att
- en konsekvent och lättillgänglig översikt över det aktuella läget i EU tillhandahålls.

Man ska också ta itu med det nuvarande problemet med dubbel rapportering av vissa sjukdomar, med olika regionala organisationer inblandande i övervakningen av sjukdomar – som WHO/Europa eller ECNN – med målet att minska och eventuellt eliminera dubbelarbetet.

Ett övergångsförfarande när det gäller principerna för samarbete om datautbyte, både mellan ECDC och medlemsstaterna och mellan ECDC och de särskilda övervakningsnätverken, måste inrättas för att klart definiera vilken roll uppgiftslämnarna och användarna av uppgifterna ska ha, både i medlemsstaterna och ECDC (och andra parter, t.ex. WHO). Detta övergångsförfarande bör också bland annat innefatta förfarandena för att offentliggöra resultaten av dataanalyserna. Med utgångspunkt från erfarenheterna av detta övergångsförfarande ska ett mer omfattande, slutligt, långsiktigt förfarande inrättas med de berörda intressenterna.

Det framtida samarbetet med experterna på olika sjukdomar (som utses av de behöriga organen) kommer att byggas upp på följande sätt: sjukdomarna/patogenerna ska delas in i sex huvudgrupper. Där det är nödvändigt ska mer specialinriktade (sjukdomsspecifika) undergrupper inrättas inom de sex grupperna eller specialistgrupperna. Årliga möten kommer att genomföras för var och en av de sex huvudgrupperna, där frågor som rör hela sjukdomsgruppens övervakning ska diskuteras. Om det behövs kan mer sjukdomsspecifika symposier med parallella sessioner genomföras på samma gång. För var och en av de sex huvudgrupperna/specialistgrupperna ska en samordningsgrupp inrättas, och dessa grupper kommer att ta över många av de funktioner som utförts av de tidigare styrgrupperna i de särskilda övervakningsnätverken.

Bra laboratorietjänster i länderna är väsentliga för att stärka övervakningen på EU-nivå. ECDC ska utnyttja det arbete som redan har utförts och stärka laboratoriekapaciteten i medlemsstaterna, EES-/EFTA-länderna och kandidatländerna i samarbete med kommissionen, ECDC:s behöriga organ och medlemsstaternas nationella kontaktpunkter för mikrobiologi.

ECDC ska arbeta hårt för att se till att varje land har nationella referenslaboratorietjänster tillgängliga, antingen direkt eller indirekt, så att alla länder kan bekräfta diagnosen, isolera och ytterligare karakterisera patogener – som en grund för rapportering av bekräftade och förmodade fall under normala förhållanden och i nödsituationer. ECDC ska stå i förbindelse med de nationella referenslaboratorierna och hjälpa dem att integrera sina data med epidemiologiska (och kliniska) data på nationell nivå. Kvalitetskontroll av laboratoriemetoderna är väsentlig för att säkerställa giltiga och exakta data, och man ska också verka för europeiska standarder under denna period.

ECDC kommer att införa sin övervakningsstrategi i två etapper: den första etappen är en övergångsperiod som ska vara till 2010, med tonvikten på en gradvis integrering av de nuvarande särskilda övervakningsnätverkens övervakning av smittsamma sjukdomar i Europeiska unionen med ECDC; under den andra etappen (2010–2013) kommer ECDC att ha tagit över hela ansvaret för övervakningen och kan följaktligen inrikta sig på att utveckla och befästa systemen med högsta möjliga kvalitet för Europa.

För att strategin och dess mål ska förbli relevanta och aktuella ska strategin revideras av medlemsstaterna och intressenterna, så att nya strategier och ny information kan införlivas efter behov.

Mötesrapporter

8. Infektionssjukdomar och avgörande sociala faktorer

(mötet hållet i april 2007, rapporten publicerad i februari 2008)

Rapporten gäller ett seminarium om de avgörande sociala faktorerna i samband med infektionssjukdomar, sammankallat av ECDC med forskare från områdena infektionssjukdomar och avgörande sociala faktorer som deltagare. Huvudsyftet med seminariet var att

- bedöma betydelsen av sociala skillnader för bördan av smittsamma sjukdomar,
- fastställa bästa praxis för att motverka ojämlikheter på hälsoområdet som används inom smittskyddsområdet,
- utveckla strategier och metoder för att motverka ojämlikheter på hälsoområdet som beror på avgörande sociala faktorer.

I rapporten behandlas viktiga teman och diskussionsområden för seminariet, och den är indelad i fem huvudavdelningar:

- Avgörande sociala faktorer för smittsamma sjukdomar.
- Sjukdomsspecifika frågor.
- Riktade insatser för att undanröja sociala skillnader.
- Policy för att undanröja sociala skillnader.
- Fastställande av prioriterade åtgärder.

Under seminariets gång konstaterades det att det finns ett socialt gap när det gäller bördan av smittsamma sjukdomar som är minst lika stort som när det gäller icke smittsamma sjukdomar. Gapet kan vara ännu större för särskilda grupper och särskilda infektioner. Även om marginaliserade grupper i allmänhet drabbas mest, påverkar de sociala skillnaderna inte alla infektioner på samma sätt: de högsta socioekonomiska grupperna kan löpa större risk för vissa infektioner på grund av ett visst högriskbeteende.

Det finns ett klart behov av att få veta mer om bördan av smittsamma sjukdomar i Europa för att avgöra vad som ska prioriteras när det gäller bedömning, forskning, insatser och politiska förändringar. Denna kartläggning har påbörjats, till exempel när det gäller tuberkulos.

En rekommendation från seminariet var att övervakningen av infektionssjukdomar skulle kompletteras med ett par avgörande sociala faktorer. Detta kan ge grundläggande kunskap, och mer detaljerad kunskap kan sedan erhållas genom enkäter. Biologiska markörer för infektionssjukdomar kan ingå i hälsoenkäter av standardtyp, eventuellt inom ramen för de europeiska undersökningarna.

En annan slutsats som drogs på seminariet var att avgörande sociala faktorer inte längre står på agendan för forskningen. De måste återföras till dagordningen eftersom det finns ett kunskapsgap när det gäller avgörande faktorer som gynnar infektioner i olika regioner och befolkningsgrupper. En viktig parameter som man ofta bortser från är omgivningen där människor bor och arbetar. Riskfaktorerna för infektionssjukdomar är inte individuella riskfaktorer, och smittämnen kan vara olika mellan de socioekonomiska grupperna. Befintliga data bör utnyttjas i så stor utsträckning som möjligt för att undersöka de avgörande sociala faktorerna för infektionssjukdomar. Särskilda områden där det behövs mer forskning är invandrare, åtgärder för att motverka stigmatisering och de sociala och politiska processer som påverkar ojämlikheterna på hälsoområdet.

Ett speciellt önskemål från mötet var en databas över goda insatser. Ändamålet med en sådan databas skulle vara att säkerställa ett bra informationsflöde, särskilt från regioner som inte publicerar så mycket av detta, men som har stor erfarenhet.

Det ansågs att hälsoutbildning bör vara ett prioriterat område för politiska åtgärder på två sätt. Hälsoutbildning från tidig ålder och framåt bör stå högt på dagordningen för de politiskt ansvariga för utbildning. I hälsoutbildningen bör avgörande sociala faktorer när det gäller hälsofrågor ingå, så att kommande generationer kan påverka den politiska processen. Hälsoeffekterna av social segregation bör ingå i undervisningen, särskilda metoder för att skydda sig mot hälsorisker ska läras ut och göra det möjligt för människor att tänka själva och påverka sin exponering för riskfaktorer. För det andra behöver undervisningen om avgörande sociala faktorer stärkas i den medicinska utbildningen, inom vården och inom sociologin osv. Framtidens hälso- och sjukvårdspersonal måste engageras i debatten och arbeta för en förändring av de avgörande "uppströms"-faktorerna. På folkhälsoområdet bör man bidra till debatten om sociala skillnader och hur dessa påverkar hälsan.

Det finns en tydlig tendens till att belysa avgörande makrosociala faktorer och att arbeta med sektorer utanför folkhälsoområdet (politik, samhälle, teknik osv.). För att underlätta detta arbete måste man tänka igenom och debattera målen. Goda exempel från alla EU-ländernas historia kan användas. ECDC kan spela en viktig roll när det gäller att visa vilken betydelse ojämlikheterna har för kontrollen av smittsamma sjukdomar.

9. Seminarium om miljöförändringar och infektionssjukdomar

(mötet hållet i mars 2007, rapporten publicerad i maj 2008)

Målen för mötet

- Att granska information som har samband med konsekvenserna av klimatförändringarna och de ekologiska förändringarna för sjukdomsburden i Europa.
- Att diskutera vilka kompetenser som behövs på folkhälsoområdet för att ta itu med hoten i samband med klimatförändringar och infektionssjukdomar.
- Att fastställa forskningsbehov.

Klimatförändringar

Mellanstatliga panelen för klimatförändringar (IPCC) konstaterar att klimatet håller på att förändras. Högre temperaturer, en höjning av havsnivån och mer extrema väderfenomen förväntas. Förändringarna påverkar ekosystemet, vattnet, jordbruket, den socioekonomiska utvecklingen och således – direkt eller indirekt – befolkningens hälsa. Klimatförändringarna och andra ekologiska förändringar kan påverka spridningen av infektionssjukdomar på olika sätt. Alla deltagare var överens om att åtagandet om en konstant nivå ('constant composition commitment') – den klimatförändring som vi redan har förbundit oss för – kräver omedelbara åtgärder.

Sjukdomshot

Mötesdeltagarna diskuterade konsekvenserna av klimatförändringarna och andra närbesläktade miljöförändringar för vektor-, gnagar-, vatten-, livsmedels- och luftburna sjukdomar. Även om informationen är sparsam drog man följande slutsatser:

- Det har konstaterats att flera vektor- och gnagarburna sjukdomar eventuellt kan förändra sin spridning på grund av klimatförändringar (temperatur, extrema väderfenomen, säsongsvariationer) och miljöfaktorer (markanvändning, ekosystem, avskogning, hydrologi, biologisk mångfald). Här ingår arbovirusssjukdomar som denguefeber, Chikungunya-feber, West Nile-feber och eventuellt malaria. Populationstätheten för gnagare och deras spridning påverkas också av väderförhållandena.
- Europa måste bereda sig på importerade väderrelaterade sjukdomar som kolera, lokala utbrott på grund av extrem nederbörd och hälsoproblem i samband med överflödet av sopor och avloppsvatten. Möjliga förändringar i frekvensen av diarrésjukdomar ansågs också vara viktiga. De grupper som är mest utsatta är de fattiga, de äldre, de mycket unga, marginaliserade grupper, resenärer som exponeras utomlands och personer som har försvagat immunsystem eller lider av ett tidigare medicinskt tillstånd.
- Livsmedelsburna sjukdomar granskades i relation till förändrat mänskligt beteende och förändrade kontaktmönster mellan vilda djur och tamdjur, särskilt under villkor med torka.
- Det konstaterades att förvärrad astma och kronisk obstruktiv lungsjukdom är den viktigaste följderna av klimatförändringarna för luftvägshälsan. Eftersom förekomsten av dessa tillstånd är stor ansågs de vara bra som bevakningsmarkörer för att spåra klimatförändringarnas inverkan.

Folkhälsokompetens

Deltagarna var eniga om att de färdigheter som krävs utgör central folkhälsokompetens och representerar värden som existerar – eller borde existera – i alla länder. Andra punkter som man enades om:

- Att öka kapaciteten för att ta itu med nya hot i form av klimatförändringsrelaterade infektionssjukdomar kan ses som ett sätt att förbättra folkhälsan i stort. Behovet av samordning av det sektors- och myndighetsövergripande arbetet är särskilt viktigt.
- De fyra områden av folkhälsokompetenser som togs upp var övervakning, forskning, säkerhet och policy. Övervakningsstrategier för en del problem i samband med klimatförändringarna finns redan, men på området infektionssjukdomar finns det fortfarande luckor.
- Ett nödvändigt första steg skulle vara att göra en riskbedömning genom vilken riskfaktorer och sårbara grupper skulle upptäckas. Det skulle ligga till grund för riktlinjer för folkhälsan och kliniska riktlinjer och politiska rekommendationer.

- Bristande kunskaper i entomologi är ett stort hinder. Om utbildningen i entomologi intensifierades skulle man komma till rätta med problemet.
- Det saknas ett omfattande övervakningssystem, men gruppen var överens om att det inte finns behov av att inrätta ett system som täcker hela Europa, eftersom många av de eventuellt hotande sjukdomarna är sällsynta i de flesta områdena.
- Man förespråkade taktiken att 'reagera vid behov'. Taktiken går ut på att man ska vara flexibel, och den gör det möjligt att reagera snabbt på problem när de uppkommer. Den bygger på antagandet att hittills bara ett mycket litet antal av dessa infektionssjukdomar har orsakat större problem – när man ser dem i samband med klimatförändringarna eller andra miljöproblem.
- Det finns ett behov av att öka allmänhetens (och kanske även professionens) medvetenhet om vissa av de allmänna frågorna för att öka förståelsen för en del av de förestående förändringarna.
- Den nya grönboken om klimatförändringar är ett enastående tillfälle att öka EU-kommissionens kapacitet när det gäller hälso- och sjukvårdspolitiken.

Forskningsbehov, utmaningar och hinder

Mötet fastställde ett stort antal forskningsfrågor, däribland behovet av indikatorer och upptäckt av sårbara grupper. Deltagarna noterade att det finns klart olika kapacitet i de olika medlemsstaterna när det gäller att genomföra klimatförändringsrelaterad övervakning och forskning. De antydde att användning av bevakningsplatser i alla länder skulle kunna vara en snabb lösning för att samla in data från hela Europa innan alla folkhälso- och övervakningssystem fungerar fullt ut.

Tillgång till data på lång sikt är ett annat behov. Det är en utmaning att koppla dessa data till data som samlas in från satelliter och dra användbara slutsatser beträffande människors hälsa. Att hänföra långsiktiga processer till klimatförändringarna är en annan utmaning för forskarna.

Förslag till åtgärder

När arbetsprogram och åtföljande folkhälsopolitik utformas med inriktning på klimatförändringar och infektionssjukdomar är det viktigt att

- utnyttja befintliga initiativ och befintlig kapacitet,
- finna lösningar som alla vinner på när det gäller sektors- och myndighetsöverskridande arbete,
- inse att olika delar av regionen kommer att få uppleva konsekvenserna av klimatförändringarna på olika sätt,
- inse att kapaciteten för att reagera skiljer sig åt i medlemsstaterna,
- undersöka ett stort antal möjliga sätt att genomföra övervakning,
- ta itu med hindren för övervakning,
- samarbeta och utveckla en omfattande riskstrategi för att följa det som är på gång,
- underlätta utveckling och genomförande av professionella utbildningsprogram, och
- öka kommunikationskapaciteten.

Bilaga: ECDC:s publikationer år 2008

Förteckningen omfattar bara ECDC:s officiella publikationer år 2008. Personalen vid ECDC har emellertid publicerat eller samarbetat om ett stort antal vetenskapliga artiklar och publikationer, däribland *Eurosurveillance*, vilka inte finns med här. Alla dokument nedan finns tillgängliga på ECDC:s webbplats (<http://ecdc.europa.eu>).

Teknisk rapport

Maj

Review of Chlamydia control activities in EU countries

Riktlinjer från ECDC

Januari

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Augusti

Priority risk groups for influenza vaccination

Övervakningsrapporter

December

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Uppdragsrapport

Augusti

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

Specialrapporter

Mars

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Maj

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

Juli

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Mötesrapporter

Januari

Networking for public health (27–28 February 2007)

Februari

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

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

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)

Maj

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

Juni

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

Oktober

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

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

December

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

Tekniska dokument*Januari*

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

Gemensamma publikationer

En gång i kvartalet (mars, juni, september, december)

ECDC Insight

Executive science update

Juni

Annual report of the Director 2007

December

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future