



ECDC **CORPORATE**

Tiivistelmä tärkeimmistä julkaisuista 2008

ECDC CORPORATE

Tiivistelmä tärkeimmistä julkaisuista 2008



Tukholma, kesäkuu 2009

© Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus, 2009

Jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

Käännös alkuperäisestä Summary of key publications 2008 -asiakirjasta. Käännöksen oikeellisuus on pyritty varmistamaan kaikin tavoin. Jos poikkeavuuksia ilmenee, englanninkielinen versio on todistusvoimainen.

Sisällysluettelo

Johdanto.....	1
Tutkimusraportti	2
1. Katsaus klamydian torjuntatoimiin EU:n jäsenmaissa	2
ECDC:n ohje.....	4
2. Ohje HPV-rokotteiden käyttöönotosta EU:n jäsenmaissa	4
3. Influenssarokotettavat ensisijaiset riskiryhmät.....	6
Valvontaraportit.....	8
4. <i>Epidemiologinen vuosiraportti Euroopan tartuntataudeista 2008</i> – Raportti tartuntatautilanteesta EU:ssa sekä ETA- ja EFTA-maissa	8
5. HIV:n ja AIDS:in valvonta Euroopassa	11
Erityisraportit.....	13
6. Puitetoimintasuunnitelma tuberkuloosin torjumiseksi Euroopan unionissa	13
7. Tartuntatautien valvonta Euroopan unionissa, pitkän aikavälin strategia: 2008–2013	14
Kokousraportit	17
8. Tartuntataudit ja sosiaaliset tekijät.....	17
9. Ympäristömuutos- ja tartuntatautityöpaja	18
Liite: ECDC:n julkaisut 2008.....	20

Johdanto

Vuonna 2008 Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus (ECDC) julkaisi yhteensä 21 tieteellistä asiakirjaa. Niistä keskeisimpiä ovat *Puitetoimintasuunnitelma tuberkuloosin torjumiseksi Euroopan unionissa*, ohje ihmisen papillomavirusrokotteiden (HPV-rokotteet) käyttöönottoa koskevista toimintavaihtoehdoista sekä kaksi valvontaraporttia: *Epidemiologinen vuosiraportti Euroopan tartuntataudeista 2008* ja *HIV:n ja AIDS'in valvonta Euroopassa – 2007*. Jälkimmäinen raportti laadittiin ensimmäistä kertaa yhteistyössä Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetuimiston (WHO EURO) kanssa, ja se kattaa tilanteen EU:n ja ETA:n jäsenmaissa sekä 23 muussa WHO EURO -alueen maassa.

Valikoiduista yllä olevien kaltaisista ECDC:n asiakirjoista on laadittu tiivistelmät, jotta ne olisivat poliittisten päättäjien ulottuvilla kaikilla EU:n kielillä. Niistä heijastuu alkuperäisten julkaisujen henki, mutta jotakin olennaistakin tietoa on ehkä menetetty tiivistämisen yhteydessä. Lukijat, jotka haluavat aiheista yksityiskohtaisemman katsauksen, voivat tutustua asiakirjojen koko tekstiin, joka on saatavilla verkossa seuraavasta osoitteesta: <http://ecdc.europa.eu/en/Publications>

Liitteestä löytyy luettelo kaikista ECDC:n julkaisuista vuodelta 2008. Ne ovat kaikki saatavilla sähköisessä muodossa yllä olevasta linkistä. Julkaisuihin sisältyy lyhyt kuvaus niiden sisällöstä. Jotkin raportit ovat myös saatavilla painettuina. Niitä voi tilata paperiversiona ottamalla yhteyttä seuraavaan sähköpostiosoitteeseen: publications@ecdc.europa.eu

Tutkimusraportti

1. Katsaus klamydian torjuntatoimiin EU:n jäsenmaissa

(Julkaistu toukokuussa 2008)

Raportissa havainnollistetaan Katsaus Euroopan klamydiaseulontaan (SCREEn) -hankkeen laajuutta ja havaintoja. Se on ilmeisesti tähän mennessä suurin tutkimus klamydian torjuntatoimista EU:ssa. Hanke toteutettiin marraskuun 2006 ja elokuun 2007 välisenä aikana. Siinä kerättiin tietoja EU:n jäsenvaltioista, EU:n jäsenehdokka-valtioista, EFTA:n jäsenvaltioista ja Yhdysvalloista.

SCREEn-hankkeessa kerättiin yksityiskohtaisia tietoja klamydiadiagnooseista, klamydiaseulonnasta, palveluohjauksesta, klamydian esiintyvyydestä tutkimuksista sekä useista niihin liittyvistä kansanterveydellisistä kysymyksistä kaikissa EU:n jäsenvaltioissa ja jäsenehdokka-valtioissa postitettujen kyselytutkimusten avulla ja valituissa jäsenvaltioissa toteutettujen yksityiskohtaisten kansanterveysviranomaisten ja terveydenhuoltopalvelujen tarjoajien luo tehtyjen käyntien avulla. Hanke syventää ymmärrystä strategioista, joita kansallisissa kansanterveysjärjestelmissä käytetään klamydiainfektioiden ehkäisemiseen.

Hankkeen yleisenä tavoitteena oli laatia katsaus klamydian torjuntaohjelmista ja -toimista jäsenvaltioissa sekä antaa suosituksia klamydian ennaltaehkäisemiseen ja torjuntaan jäsenvaltioiden alueella. Erityiset tavoitteet olivat seuraavat:

- järjestelmällisten tietojen kerääminen *Chlamydia trachomatisin* torjuntaan liittyvistä kansanterveydellisistä toimista EU:n jäsenvaltioissa ja jäsenehdokka-valtioissa, muissa Euroopan maissa ja Yhdysvalloissa;
- samojen maiden demografisia ja taloudellisia indikaattoreita, terveydenhuoltojärjestelmiä, klamydian esiintyvyyttä sekä seksuaalikäyttäytymistä käsitteleviä tutkimuksia koskevien tietojen tutkiminen;
- sähköisen tietokannan luominen tietojen säilyttämiseen;
- yksityiskohtaisten klamydian torjuntatoimia koskevien tietojen kerääminen valituista Euroopan unionin jäsenvaltioista;
- suositusten antaminen ECDC:lle kansanterveydellisiä toimia ja lisätutkimuksia varten.

34 valitusta maasta vastauksia saatiin 29 Euroopan maasta sekä Yhdysvalloista. (Vastausten kokonaisuus oli 88 %.) Tietoja ei saatu Kyprokselta, Slovakiasta, Puolasta ja Kroatiasta. Tutkimuksen tärkeimpiä havaintoja olivat seuraavat:

- 17:llä 29:stä hankkeeseen osallistuneesta Euroopan maasta oli vähintään yksi julkaistu, kansallisen elimen suosittelema kliinistä käytäntöä koskeva ohje, jossa käsiteltiin joitakin klamydiatartunnan saaneiden potilaiden palveluohjausta koskevia näkökohtia. Kolmessa EU:n jäsenvaltioissa (Bulgaria, Kreikka ja Suomi) ohjeiden julkaiseminen tai laatiminen oli käynnissä.
- Klamydiatestejä oli saatavilla gynekologeilta tai lääkäreiltä kaikissa tutkimukseen osallistuneissa maissa. 23 maassa ne kuuluivat perusterveydenhuollon piiriin. Viidessä maassa klamydiatestejä oli saatavilla apteekeista tai muista käsikauppalääkkeiden myyntipisteistä.
- Tiedot kumppanista saatiin useimmiten lääkärin tai erityislääkäriaseman esittämän tiedustelun perusteella.
- Nukleinihapon osoittavia testejä oli saatavilla jossain määrin kaikissa maissa yhtä lukuun ottamatta. Yhdeksässä maassa alle 50 % näytteistä testattiin nukleinihappo-osoitustesteillä.
- Useimmissa maissa oli käytössä järjestelmä diagnosoiduista klamydiainfektioista ilmoittamiseksi kansanterveysviranomaisille, mutta noin kolmanneksessa maista näitä tietoja ei julkaistu järjestelmällisesti.
- 13 maasta saa rutiininomaisia tietoja klamydian mahdollisesti aiheuttamista kliinisistä komplikaatioista.
- Seksuaalikäyttäytymistä ja klamydian esiintyvyyttä koskevia tutkimuksia on suoritettu kahdeksassa maassa, ja seitsemässä maassa on suoritettu tutkimuksia, joissa käsitellään klamydian esiintyvyyttä väestössä.

Maiden luokittelumiseksi SCREEn-hankkeessa kehitettiin myös klamydian torjuntatoimien tyypittely, jonka perustana ovat sukupuoliteitse tarttuvien infektioiden valvonnan periaatteet. Klamydian torjuntatoimet on luokiteltu seuraavasti: ei järjestelmällisiä toimia (13 maata: Bulgaria, Suomi, Kreikka, Irlanti, Liechtenstein, Luxemburg, Malta, Portugali, Romania, Slovenia, Espanja, Sveitsi ja Turkki); palveluohjaus (viisi maata: Itävalta, Tšekin tasavalta, Saksa, Italia ja Liettua); satunnainen seulonta (kolme maata: Belgia, Ranska ja Unkari); opportunistinen testaus (kuusi maata: Tanska, Viro, Islanti, Latvia, Norja ja Ruotsi); järjestelmällinen seulonta (kaksi maata: Alankomaat ja Yhdistynyt kuningaskunta (vain Englanti)).

Tulokset osoittivat, että kahdessa Euroopan maassa klamydian seulontaohjelma on joko käynnissä (Englanti, Yhdistynyt kuningaskunta, opportunistinen) tai pilottivaiheessa (Alankomaat, ennakoiva). Yhdeksän muuta maata ilmoitti aikovansa ottaa käyttöön seulontaohjelman, joka on opportunistinen, ennakoiva tai toistaiseksi

ratkaisematta. Viisi näistä maista kuuluu maihin, joissa ei tällä hetkellä ole ohjeistusta klamydiaa koskevasta palveluohjauksesta. Lisäksi Virossa ja Latviassa klamydiaseulontoja tehdään vain raskaana oleville naisille, ja kahdella alueella Tanskassa 18–19- tai 21–22-vuotiaille henkilöille lähetetään vuosittain postin välityksellä kutsu klamydiaseulontaan.

Tätä SCREEn-hankkeen puitteissa kehitettyä luokitusta voidaan käyttää tulevaisuudessa klamydian torjuntatoimien tehokkuuden seurantaan kansallisella tasolla ja tukemaan vahvistettavia tai käyttöön otettavia toimia koskevia päätöksiä.

ECDC:n ohje

2. Ohje HPV-rokotteiden käyttöönotosta EU:n jäsenmaissa

(Julkaistu tammikuussa 2008)

Tässä asiakirjassa esitetään ihmisen papilloomavirusrokotteiden (HPV) käyttöönoton tieteelliset perusteet, joiden tarkoituksena on auttaa Euroopan unionin (EU) jäsenvaltioita poliittisissa valinnoissa. Asiakirjassa korostetaan huomioon otettavia seikkoja ja tarjotaan luettelo kaikkia näitä asioita koskevista toimintavaihtoehtoista.

Nämä ohjeet ovat asiantuntijoista koostuvan tiedelautakunnan kehittämiä, ECDC:n laatimia ja koordinoimia sekä ECDC:n neuvoa-antavan ryhmän tarkistamia.

Kohdunkaulansyöpä ja papilloomavirusinfektiot Euroopan unionissa

Kohdunkaulansyöpä on Euroopan unionissa rintasyövän jälkeen yleisin 15–44-vuotiaiden naisten syöpä. EU:ssa ilmenee vuosittain 33 000 kohdunkaulansyöpätapausta ja 15 000 kuolemantapausta. Kohdunkaulansyövän pääasiallinen syy on jatkuva suuririskisen ihmisen papilloomavirustyyppin (HPV) aiheuttama sukupuoliteiden infektio.

Genitaaliset HPV-infektiot ovat erittäin yleisiä, ja ne saadaan pian seksuaalisen aktiivisuuden alkamisen jälkeen. Useimmat näistä infektioista häviävät itsestään. Jatkuvat HPV-infektiot, joihin liittyy suuririskinen HPV-tyyppi, saattavat kuitenkin aiheuttaa kohdunkaulaan solumuutoksia, jotka saattavat johtaa kohdunkaulansyöpään. Suuririskiset HPV-tyypit yhdistetään myös muihin anogeenitalisiin syöpiin sekä pään ja kaulan syöpiin sekä miehillä että naisilla. Eräät vähäriskiset HPV-tyypit aiheuttavat genitaalialueen syyliä sekä miehille että naisille.

Ihmisen papilloomavirusrokote

Euroopassa on myönnetty myyntilupa kahdelle ennaltaehkäisevälle HPV-rokotteelle: kvadrivalentille Gardasil® -rokotteelle (Sanofi Pasteur MSD) ja bivalentille Cervarix® -rokotteelle (GlaxoSmithKline Biologicals). Molemmat rokotteet on valmistettu viruksen kaltaisista hiukkasista, ja ne ovat ei-infektioosia. Molemmilla rokotteilla on hyvä turvallisuusprofiili. Molemmat rokotteet suojaavat suuririskisiltä HPV-tyypeiltä 16 ja 18, jotka aiheuttavat Euroopassa arviolta 73 % kohdunkaulansyövästä. Gardasil suojaaa myös HPV-tyypeiltä 6 ja 11, jotka aiheuttavat suurimman osan genitaalialueiden syylistä. Laajoissa faasin III kokeissa molempien rokotteiden on osoitettu ehkäisevän yli 90 % syöpää edeltävistä muutoksista, jotka liittyvät HPV-tyyppeihin 16 tai 18 naisilla, jotka eivät ole aiemmin saaneet HPV-hoitoa. Rokotteet annetaan kolmena annoksena kuuden kuukauden kuluessa.

HPV-rokotteet ja kohdunkaulansyövän seulonnat

Hyvin järjestettyjen, erittäin kattavien kohdunkaulansyövän seulontaohjelmien, joihin sisältyy tehokas seuranta ja normaalisti poikkeavista solumuutoksista kärsivien naisten hoito, on todistettu vähentävän kohdunkaulansyöpiä yli 80 %. Järjestelmällisillä seulontaohjelmilla onnistutaan opportunistisia seulontoja tehokkaammin tavoittamaan naiset, joilla on suurin riski sairastua, luomaan laadunvalvontajärjestelmiä ja tarkkailemaan standardoitua toimintaa ja vaikutustoimenpiteitä.

HPV-rokote tarjoaa uuden täydentävän välineen kohdunkaulansyövän valvonnan tehostamiseen. Se ei kuitenkaan poista kohdunkaulansyöpäseulontojen tarvetta edes HPV-tyyppijä 16 ja 18 vastaan rokotettujen naisten osalta, joille muut suuririskiset virustyyppit aiheuttavat edelleen riskin. Kansallisten viranomaisten pitäisi jatkaa ponnistuksiaan seulontaohjelmien järjestämiseksi sekä niiden kattavuuden ja laadun parantamiseksi rokotteiden käyttöönottamisesta riippumatta. Etusijalla näyttää olevan seulontaohjelmien järjestäminen siellä, missä niitä ei vielä ole.

HPV-rokotteet vaikuttavat olemassa olevien seulontaohjelmien tehokkuuteen, ja niitä on seurattava tarkasti. Laajalle levinnyt rokottaminen johtaa HPV:hen liittyvien normaalisti poikkeavien solumuutosten jonkinasteiseen vähenemiseen. Rokotetuilla naisilla saattaa myös olla vääränlainen turvallisuudentunne, joka vähentää osallistumista seulontoihin. Naisille on ilmoitettava asiasta ja heitä on kannustettava osallistumaan seulontaohjelmiin, vaikka heidät olisikin rokotettu. Yksi merkittävimmistä haasteista on rokotuksen ja seulonnan yhteisvaikutuksen aikaansaaminen kustannustehokkaalla tavalla niin, että siitä on naisille mahdollisimman paljon hyötyä.

Kenet pitäisi rokottaa? HPV-rokotteen kohdeväestön määrittäminen

Uusien rokotteiden HPV-virukseen liittyvän sairauden vastaisen vaikutuksen optimoimiseksi säännöllisten rokotusten tärkeimpänä kohderyhmänä ovat tytöt juuri ennen ikää, jolloin seksuaalinen aktiivisuus (ja siis ennen HPV-infektioiden saaminen) alkaa yleistyä tässä ryhmässä. Tätä alhaisempi rokotusikä ei ehkäisisi monia infektoita, ja sitä pitäisi välttää, kunnes on todisteita siitä, että rokotus tarjoaa pitkäaikaista suojaa (yli 15–20 vuotta). Hieman vanhemmille tytöille ja nuorille naisille suunnattu tasoittava rokote säännöllisen rokotusohjelman alussa kiihdyttää todennäköisesti rokotusohjelman vaikutusta ja lisää rokotuksen hyötyä lyhyellä aikavälillä.

Maakohtaiset tekijät ovat tärkeitä määrittäessä säännöllisen rokotuksen tarkkaa antoikää ja tasoittavien rokotusten antoikää. Näihin tekijöihin kuuluvat keskimääräinen seksuaalisen aktiivisuuden aloittamisikä, ikäkohtainen HPV-infektioiden esiintyvyys (mikäli tietoja on saatavilla), rokotusstrategiat sekä se, miten kohderyhmä (ja heidän huoltajansa) hyväksyy rokotuksen.

Yksinomaan niin sanottujen suuririskisten ryhmien valikoiva rokottaminen ei todennäköisesti ole käytännöllistä eikä tehokkaampaa kuin kaikkien tyttöjen rokottaminen. Valikoivan tai opportunistisen rokottamisen potentiaalinen rooli eräiden suuririskisten henkilöiden osalta saattaa kuitenkin vaatia säännöllisen rokottamisen lisäksi lisäharkintaa.

Mahdolliset HPV-rokotusstrategiat EU:n jäsenmaissa

Kouluissa tehtävä immunisointi on todennäköisesti edullisin vaihtoehto HPV-rokotteiden antamiseksi varhaisnuorille tytöille. Paikalliset kysymykset, kuten se, onko kouluissa terveystaluita, rahoitusjärjestelyitä rokotteiden ostamiseksi, sekä hallinto ja vanhempien suostumuksen saaminen, saattavat kuitenkin vaikuttaa tämän lähestymistavan toteutettavuuteen.

Kliininen tai vastaanottopohjainen immunisointi on yleisesti käytettävissä oleva lisämahdollisuus tai vaihtoehto HPV-rokotteen antamiseksi. Se saattaa olla kalliimpaa kuin kouluissa tehtävä immunisointi, ja rokotteen ottamisen tarkkailu saattaa olla vaikeampaa.

Seksuaalisen ja lisääntymisterveyden alan ja muiden alojen klinikat, jotka on tarkoitettu erityisesti naisille, saattavat olla tärkeitä immunisointipaikkoja. Tytöt eivät kuitenkaan välttämättä vieraile klinikoilla ennen seksuaalisen aktiivisuuden alkamista, joten klinikat ovat todennäköisesti hyödyllisiä pääasiassa vanhemmille nuorille ja naisille tarkoitettujen tasoittavien rokotusohjelmien kannalta. Saattaa olla olemassa muita ympäristöjä HPV-rokotteen antamiseksi tytöille niin sanotuissa vaikeasti saavutettavissa yhteisöissä sekä opportunistista immunisointia varten silloin, kun tytöt käyttävät terveystaluita muista syistä. Niiden käyttäminen saattaa auttaa parantamaan yleistä rokotteen ottamista.

Olemassa olevat nuorille tarkoitetut immunisointiohjelmat sekä muut jatkuvat terveydenedistämistoimet pitäisi ottaa huomioon suunniteltaessa HPV-rokotusstrategioita. Rokotusta tarjottaessa on erittäin tärkeää ilmoittaa, että immunisointi täydentää kohdunkaulan seulontaa mutta ei korvaa sitä.

Mallintamiskustannukset ja HPV-rokotuksen tulokset

HPV-rokotusta ei pitäisi arvioida vain sen tehokkuuden suhteen vaan myös taloudellisesta näkökulmasta. Taloudellisella arvioinnilla pyritään määrittämään, ovatko laatu- ja elinvuoden säästämistä yhteiskunnalle aiheutuneet HPV-rokotuksen kustannukset samat kuin muilla yleisesti hyväksytyillä sairaanhoitoalan toimenpiteillä.

Taloudelliset arvionnit eivät ole täysin vientikelpoisia, koska kustannukset ja terveydenhuoltojärjestelmät vaihtelevat eri maissa. Näin ollen jokaisen maan pitäisi ryhtyä ponnistuksiin tällaisen arvioinnin suorittamiseksi (ottaen huomioon myös, millainen kohdunkaulansyövän seulonta on käytössä) ennen kuin tehdään päätös parhaasta kohdunkaulansyövän ehkäisystrategiasta.

Tähän mennessä tehdyt taloudelliset arviot näyttävät viittaavan siihen, että varhaisnuorten tyttöjen HPV-rokotuksilla (joko yhdessä vanhempien ikäryhmien tasoittavan rokotuksen kanssa tai ilman sitä) on hyväksyttävä kustannustehokkuusprofiili. Tulokset ovat parempia, kun käytetään dynaamisia simulointimalleja, joissa huomioon otetaan myös rokotuksen teho leviämistä vastaan.

HPV-rokotuksen vaikutuksen tarkkailu ja arviointi

Myyntiluvan myöntämisen jälkeen suoritettavassa HPV-rokotteiden arvioinnissa on määritettävä rokotteen ottaminen ja vaatimusten mukaisuus, rokotteiden pitkäaikainen tehokkuus, rokotuksen yhdistäminen muihin strategioihin, kuten järjestelmälliseen kohdunkaulansyövän seulontaan, sekä rokotteen turvallisuus. Rokotteiden tarkkailun ja syövän valvontaohjelmien välinen koordinointi on ratkaisevan tärkeää rokotteen vaikutuksen ja sen hyötyjen arvioimiseksi verrattuna muihin olemassa oleviin ehkäisytoimenpiteisiin, kuten seulontaan.

Menetelmiin, joilla arvioidaan rokotteiden vaikutuksia sairauden kliinisesti relevantteihin tutkittaviin ominaisuuksiin, saattaa sisältyä rokotteeseen liittyvän HPV-infektion, syöpää edeltävien muutosten tai syöpien seuranta vakiintuneissa tai äskettäin perustetuissa laboratorioissa tai solunäyte- tai syöpärekistereissä.

On ehdotettu myös HPV-rokotteiden vaikutuksen arvioimista kansanterveyteen faasin IV kokeiden avulla. Ne saattavat tarjota lisätietoa poikkeavien ja syöpää edeltävien solujen esiintymisestä sekä syövän esiintyvyydestä ja kuolevuudesta. Ne saattavat myös olla hyödyllisiä arvioitaessa kohdunkaulan seulonnan ja rokotusohjelmien mahdollista yhdistämistä. Järjestelmälliseen HPV-rokotuksen rekisteröintiin ja relevantteja terveydenhuoltorekistereitä hyödyntäviin kytkentätutkimuksiin perustuvaa tarkkailua voidaan käyttää rokotteiden tehokkuuden arvioimiseksi kenttäolosuhteissa.

HPV-rokotuksen tarkkailua koskeviin vähimmäistietoihin pitäisi sisältyä tiedot rokotuksen kattavuudesta, immunisoinnin jälkeisten haittavaikutusten tarkkailusta ja vähintään syöpää edeltäviin muutoksiin kohdistuvien vaikutusten erityisseurannasta.

3. Influenssarokotettavat ensisijaiset riskiryhmät

(Julkaistu elokuussa 2008)

Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus on suorittanut Euroopan komission pyynnöstä sellaisia influenssariskiryhmiä¹ ja muita ryhmiä koskevan tieteellisen kansanterveydellisen arvioinnin, joille tarjotaan Euroopassa immunisointia vuotuista influenssaa vastaan. Tutkimuksen tavoitteena oli erityisesti:

- kuvata riskiryhmät, joille suositellaan EU:n jäsenmaissa tai ETA-maissa immunisointia, sekä hankkia yksityiskohtaisia tietoja muista ryhmistä, joille tarjotaan immunisointia;
- tehdä yhteenveto seikoista, jotka tukevat tiettyjen riskiryhmien rokottamisen suosittelemista;
- esittää riskiryhmien priorisointijärjestys EU:ssa avointen kriteerien perusteella;
- arvioida karkeasti EU:n jäsenmaiden ensisijaisiin riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden lukumäärä sekä tunnistaa alat, joilla tarvitaan lisätoimia, mukaan lukien tutkimus- ja kehitystyö.

Kuvaukset influenssariskiryhmistä ja muista sellaisista ryhmistä, joille tarjotaan tällä hetkellä immunisointia, ovat peräisin tutkimuksesta, jonka Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus teki VENICE-hankkeen puitteissa vuonna 2008. Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskuksen ja VENICE:n laatimien kriteereiden mukaan riskiryhmien on oltava tarkkaan määriteltyjä ryhmiä, joiden on osoitettu sairastuvan muita todennäköisemmin vakavasti. Lisäksi tarjolla on oltava julkaistua näyttöä siitä, että immunisoinnilla on voitu vähentää heidän tartuntariskiään. Ensimmäisen kriteerin suhteen työtä vaikeutti se, että tällä hetkellä Euroopassa ei seurata säännöllisesti vakavaa influenssaan liittyvää sairastuvuutta ja kuolevuutta. Tehtiin havaintoja työterveyskriteereistä (pääasiassa terveystyöntekijöiden immunisointi), joista ei voitu osoittaa olevan etua potilaille. Niille annettiin vähemmän painoarvoa, poikkeuksena kuitenkin yksi työntekijäryhmä so. ihmiset, jotka hoitavat vanhuksia asuinympäristössä, jossa on saatu hyviä todisteita siitä, että immunisoinnilla suojellaan potilaita. Lisäksi kiinnitettiin huomiota EU:n jäsenmaiden yksimielisyyteen.

Kirjallisuusanalyysi osoittaa, että on kaksi riskiryhmää, joiden suhteen säännöllinen vuosittainen immunisointi vuosittaisella influenssarokotteella on Euroopassa perusteltua tieteellisistä ja kansanterveydellisistä syistä. Ryhmät ovat seuraavat:

- vanhemmat ikäryhmät, yleensä 65-vuotiaat ja vanhemmat sekä
- kroonisia, etenkin seuraaviin sairausluokkiin kuuluvia sairauksia sairastavat henkilöt:
 - krooniset hengityselinten sairaudet;
 - krooniset sydän- ja verenkiertoelinten sairaudet;
 - krooniset aineenvaihdunnan häiriöt;
 - krooniset munuais- ja maksasairaudet;
 - (synnynnäisestä tai hankitusta) immuunikadosta kärsivät henkilöt;
 - nuoret pitkäaikaista salisylaattihoitoa saavat henkilöt, ja
 - henkilöt, joiden sairaus vaarantaa hengityselinten toiminnan.

Nämä ovat myös ainoat riskiryhmät, joiden osalta kaikki Euroopan unionin jäsenmaat ovat yksimielisiä. Vanhemman ikäryhmän tarkka määritelmä on melko mielivaltainen (yli 64-vuotiaat, yli 59-vuotiaat jne.), ja muutamissa maissa poiketaan yli 64-vuotiaita koskevasta kriteeristä riippuen kansallisista olosuhteista ja arvioista.

On erittäin hyviä perusteluja immunisoinnin tarjoamiseksi kahdelle muulle riskiryhmälle, raskaana oleville naisille ja lapsille (jotka määritellään vaihtelevasti joko alle kaksivuotiaiksi tai alle viisivuotiaiksi). Molempien ryhmien osalta

1 Influenssariskiryhmät on määritetty tässä yhteydessä ihmisryhmiä, jotka sairastuvat todennäköisemmin tartunnan saadessaan vakavasti ja joiden tiedetään myös hyötyvän rokotuksesta, joka vähentää tartuntariskiä.

Euroopassa on kuitenkin saatavilla rajallisesti tietoa niin riskistä kuin tehokkuudestakin, eikä asiasta ole Euroopassa vielä yksimielisyyttä. Tiedot eivät riitä siihen, että nämä kaksi ryhmää voitaisiin tunnistaa riskiryhmiksi EU:n tasolla. Kun käyttöön saadaan lisää tietoa, nämä ryhmät on arvioitava uudelleen. On erityisen tärkeää, että kerätään tietoa immunisoinnin vaikutuksesta näihin ryhmiin, jotta lisäarvioiden jälkeen voidaan päästä yksimielisyyteen.

On myös ryhmiä, joille usein tarjotaan immunisointia mutta jotka eivät kuulu riskiryhmiin ja joiden immunisoinnille ei ole vankkoja kansanterveydellisiä perusteita. EU:ssa ollaan esimerkiksi voimakkaasti yksimielisiä siitä, että kaikki potilaisiin kosketuksissa olevat terveydenhuoltoalan työntekijät pitäisi immunisoida työterveydellisistä syistä (työntekijöiden suojaaminen). On olemassa vankkoja kokeisiin perustuvia todisteita siitä, että vanhuksia asuinympäristössä hoitavien työntekijöiden immunisointi on välillisesti hyödyksi potilaille, sillä se suoja heitä influenssatartunnan vakavilta seurauksilta. On kuitenkin merkittävää, että suurin osa Euroopan terveystyöntekijöistä kieltäytyy tällaisista immunisointitarjouksista. Ei ole olemassa hyviä todisteita siitä, että immunisoinnin tarjoamisesta olisi hyötyä henkilöille, jotka asuvat samassa kotitaloudessa kahteen tärkeimpään riskiryhmään kuuluvien ihmisten kanssa.

On tehty karkeita arvioita niiden ihmisten määrästä ja prosenttiosuudesta, jotka kuuluvat EU:n jäsenmaissa kahteen tärkeimpään riskiryhmään. Tässä tutkimuksessa sovellettiin yhtä menetelmää, joka viittasi siihen, että EU:n jäsenmaissa on tällä hetkellä immunisoitava vuosittain noin 25 % väestöstä, koska he kuuluvat vähintään yhteen kahdesta tärkeimmästä riskiryhmästä. Muissa kansallisissa arvioissa on päädytty samanlaisiin prosenttiosuuksiin. Kansallinen osuus vaihtelee 19 prosentista 28 prosenttiin riippuen vanhusten prosenttiosuudesta kunkin maan väestössä. Koko EU:n riskiryhmäpopulaatioksi on arvioitu noin 125 miljoonaa henkilöä. Tämä populaatio jakaantuu kahteen kolmasosaan (noin 84 miljoonaa 65-vuotiasta tai vanhempaa henkilöä) ja yhteen kolmasosaan (noin 41 miljoonaa nuorempaa kroonista sairautta sairastavaa henkilöä). Nämä luvut kasvavat vääjäämättömästi ajan kuluessa väestön ikääntymisen vuoksi ja siksi, että modernin lääketieteen ansiosta kroonisia sairauksia sairastavat ihmiset voivat elää pidempään tuottoisaa elämää.

Tutkimuksessa suositellaan Euroopan kehitystä ja tutkimusta varten eräitä prioriteetteja:

- seurannan kehittäminen: vakavan influenssan ilmenemisen säännöllinen seuranta Euroopassa (sairaalahoito ja kuolema);
- influenssarokotuksen tehokkuuden säännöllinen tarkkailu etenkin sen suhteen, miten se vähentää vakavaan influenssaan sairastumisen ja sen aiheuttaman kuoleman riskiä;
- influenssan aiheuttaman sairausrasituksen arviointi raskaana olevilla naisilla ja lapsilla sekä raskaana olevien naisten ja kaikenikäisten lasten immunisoinnin vaikutusten arviointi Euroopassa;
- lisätutkimukset siitä, vähentääkö terveydenhuoltohenkilökunnan ja samassa kotitaloudessa asuvien henkilöiden immunisointi riskiä kahteen tärkeimpään riskiryhmään kuuluvien haavoittuvien henkilöiden osalta;
- hankkeiden kehittäminen influenssan vastaisen immunisoinnin voimakkaampaa edistämistä varten terveydenhuoltoalan työntekijöiden keskuudessa sekä heidän omaksi että heidän potilaidensa hyödyksi;
- erityiset tutkimukset sen selvittämiseksi, onko Euroopan HIV-infektion saaneilla henkilöillä suurempi riski sairastua influenssatartunnan seurauksena vakavasti ja samankaltaiset tutkimukset muiden yleisempien sairauksien, kuten lievän astman, suhteen;
- influenssan vastaisen immunisaation terveydellisiä ja terveystaloudellisia vaikutuksia koskevat tutkimukset esim. henkilöistä, jotka ovat ylittäneet immunisoinnin kynnsiän, myönnettäessä, että eri maiden on asetettava omat kynnsikänsä;
- tutkimus kautta linjan tehtävien immunisointitoimenpiteiden vaikutuksesta, jotta voitaisiin määrittää yleisestä tartunnan leviämisen vähentämisestä koituva välillinen hyöty.

Valvontaraportit

4. Epidemiologinen vuosiraportti Euroopan tartuntataudeista 2008 – Raportti tartuntatautilanteesta EU:ssa sekä ETA- ja EFTA-maissa

(Julkaistu joulukuussa 2008)

ECDC julkaisee vuosittain Euroopan epidemiologisen vuosiraportin (European Annual Epidemiological Report, AER). Toinen, vuoden 2008 raportti, sisältää yleiskatsauksen vuoden 2006 tartuntatautien valvontaan taulukkona, johon on lisätty rajallinen määrä huomautuksia. Siinä on tartuntatautien vuonna 2007 ihmisten terveydelle aiheuttamia akuutteja uhkia. Lisäksi raportissa keskitytään hoitoon liittyvien infektioiden (HCAI) kattavaan kuvaukseen, mikrobilääkeresistenssi (AMR) mukaan lukien.

Merkittävät tartuntatauteihin liittyvät uhat eivät ole muuttuneet EU:ssa tämän raportin edelliseen versioon verrattuna. Uhat ovat seuraavat:

- mikrobilääkeresistenssi;
- hoitoon liittyvät infektiot;
- HIV-infektio;
- pneumokokki-infektiot;
- influenssa (pandemian mahdollisuus sekä vuotuiset kausittaiset epidemiat);
- tuberkuloosi.

TÄMÄN JULKAISUN PÄÄAIHE

Hoitoon liittyvät infektiot (HCAI)

Euroopassa hoitoon liittyvien infektioiden (HCAI) valvonta toteutetaan IPSE-verkoston (Improving Patient Safety in Europe) kautta (vuodesta 2005 kesäkuuhun 2008). Siihen kuuluu leikkauskohdan infektioiden (Hospitals in Europe Link for Infection Control through Surveillance, HELICS-SSI) sekä teho-osastoyksiköiden valvonta (HELICS-ICU).

Vuonna 2006 leikkauskohdan infektioiden esiintyvyys pysyi vakaana verrattuna vuosiin 2004–2005 lukuun ottamatta lonkkaproteesileikkauksia, joissa havaittiin merkittävä vähenevä suuntaus vuoden 2004 2,2 prosenttiyksiköstä vuoden 2005 1,6 ja vuoden 2006 1,3 prosenttiyksikköön ($p = 0,039$).

Yli kaksi vuorokautta teho-osastolla viipyneestä 51 621 potilaasta 6,8 % sairastui keuhkokuumeeseen. Esiintyvyys vaihteli 1,5 prosentista muilla kuin hengityslaitetta käytävillä potilailla 22,2 prosenttiin viikon ajan tai kauemmin hengityslaitetta käyttäneillä potilailla. Yleisimpiä eristettyjä mikro-organismeja olivat teho-osastolla saadun keuhkokuumeen osalta *Pseudomonas aeruginosa* -bakteeri ja teho-osastolla saatujen verenkierron infektioiden osalta koagulaasi-negatiiviset stafylokokit.

Hoitoon liittyvien infektioiden valvontaa laajennettiin edelleen vuonna 2006, ja laajennusprosessi jatkuu IPSE-verkoston valvontaosien siirryttyä ECDC:hen vuonna 2008.

Vuonna 2006 hoitoon liittyvien infektioiden määrä pysyi Euroopassa kaiken kaikkiaan vakaana. Eri maiden välillä valvonnan on kuitenkin edelleen merkittäviä eroja, ja menetelmien yhdenmukaistamista pitäisi korostaa lisää.

Mikrobilääkeresistenssi (AMR)

Mikrobilääkeresistenssiä koskevat tiedot ovat lähtöisin eurooppalaisesta mikrobilääkeresistenssin seurantajärjestelmästä (European Antimicrobial Resistance Surveillance System, EARSS). EARSS-verkosto on erikoistunut mikrobilääkeresistenssin valvontaan Euroopassa.

Streptococcus pneumoniae -bakteeri

Vuonna 2006 useimmissa Pohjois-Euroopan maissa penisilliiniresistentin *Streptococcus pneumoniae* -bakteerin (PNSP) osuus oli alle 5 %, kun taas Etelä-Euroopan ja Välimeren maissa PNSP:n osuus vaihteli 7 prosenttiyksiköstä > 25 prosenttiyksikköön.

Staphylococcus aureus -bakteeri

Vuonna 2006 metisilliiniresistentti *Staphylococcus aureus* (MRSA) -bakteerin leviäminen jatkui Euroopan maissa, joissa sen endeeminen esiintyvyys oli korkea, kohtalainen tai alhainen. 15 maata 31:stä (pääasiassa Etelä-Euroopan maat, Yhdistynyt kuningaskunta ja Irlanti) ilmoittivat kaikkien metisilliiniresistenttien *Staphylococcus aureus* -bakteerin isolaattien osuudeksi 25 % tai enemmän, ja osuudet vakiintuivat eräissä maissa, joissa endeeminen esiintyvyys oli korkea. Pohjois-Euroopassa MRSA:n osuudeksi jäi < 4 %.

Escherichia coli -bakteeri

Fluorokinoloniresistenssin lisääntyminen Euroopassa oli erityisen huolestuttavaa.

Pseudomonas aeruginosa -bakteeri

Vuonna 2006 lähes viidesosa invasiivisista *Pseudomonas aeruginosa* -isolaateista oli resistenttejä kolmelle tai useammalle antibiootille, etenkin Etelä-Euroopan maissa.

TIIVISTELMÄ TARTUNTATAUTIEN VALVONNASTA 2006

HIV, sukupuoliteitse tarttuvat infektiot, B- ja C-hepatiitti sekä HIV

Vuonna 2006, HIV-infektio oli edelleen Euroopassa kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. 29 maata ilmoitti diagnosoineensa yli 25 000 uutta tapausta (Italiaa, Espanjaa ja Liechtensteinia lukuun ottamatta). Esiintyvyys on kaiken kaikkiaan 6 tapausta 100 000 henkilöä kohti. Maiden välillä on merkittäviä eroja HIV-infektion epidemiologiassa. Joissakin Euroopan maissa ilmoitettiin yhä lisääntyvistä HIV-tapauksista. Tällaisia maita olivat pääasiassa Viro, Latvia, Luxemburg, Portugali ja Yhdistynyt kuningaskunta. Sitä vastoin uusien ilmoitettujen AIDS-tapausten määrä sekä EU:ssa että ETA- ja EFTA-maissa oli 7 035, mikä voidaan tulkita 1,4 tapaukseksi 100 000 henkilöä kohti. Määrä on vähentynyt yli kolmanneksen vuoteen 1999 verrattuna.

HIV-infektion pääasiallinen leviämistapa oli heteroseksuaalinen kontakti (53 %). Noin 40 % tällaisista tapauksista diagnosoitiin kuitenkin henkilöillä, jotka olivat lähtöisin maista, joissa on yleinen HIV-epidemia. Jos nämä tapaukset jätetään tilastojen ulkopuolelle, pääasiallinen leviämistapa on miesten välinen seksi (37 %).

EU:ssa on edelleen suuri määrä HIV-positiivisia henkilöitä, jotka eivät ole tietoisia tartunnastaan. Tämä osoittaa, että tarvitaan toimenpiteitä HIV-testissä käynnin lisäämiseksi.

Sukupuoliteitse tarttuvat infektiot

Vuonna 2006 *Chlamydia trachomatis* -infektiot olivat edelleen yleisimmin ilmoitettuja sukupuoliteitse tarttuvia infektioita (ja Euroopassa kaiken kaikkiaan yleisimpiä ilmoitettuja sairauksia). Ne 22 EU:n sekä ETA:n ja EFTA:n jäsenmaata, jotka suorittavat tämän sairauden valvontaa, ilmoittivat lähes neljännesmiljoonasta tapauksesta. Ilmoitettu määrä oli 92 tapausta 100 000 henkilöä kohti.

Vuonna 2006 Ruotsissa ilmoitettiin uudesta *Chlamydia trachomatis* -muunnoksesta, jota ei ollut havaittu yleisesti saatavilla olevilla kaupallisilla testeillä. Tämä johti tutkimukseen, jolla uusi muunnos pyrittiin löytämään muista jäsenvaltioista, mutta sen esiintyvyys näyttää rajoittuvan enimmäkseen Ruotsiin.

Vuonna 2006 myönnettiin myyntilupa ensimmäiselle ihmisen papilloomavirusrokotteelle.

Influenssa

Vuonna 2006 Euroopan unionissa todettiin ensimmäiset villilintujen ja siipikarjan korkeapatogeeniset lintuinfluenssatapaukset (A(H5N1)). EU:ssa ei vuonna 2006 kuitenkaan ilmoitettu ihmisten A(H5N1)-tartunnoista. Ilmoitettiin vain yhdestä matalapatogeenisesta H7-lintuinfluenssatartunnasta siipikarja-alan työntekijällä Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Tehostetulla eläinten terveyttä koskevalla lainsäädäntöpaketilla kuitenkin varmistettiin johdonmukainen vaste A(H5N1)-viruksen aiheuttamaan kasvavaan uhkaan EU:n jäsenvaltioissa. Koska virus koski pääasiassa lintuja, lintujen ja etenkin siipikarjalaumojen infektioiden nopea tunnistaminen ja hävittäminen oli edelleen ensisijainen keino ihmisten suojaamiseksi.

Tuberkuloosi

Tuberkuloosin (TB) esiintyvyys väheni edelleen alkuperäisväestön keskuudessa lähes kaikissa jäsenvaltioissa, joissa se on enimmäkseen vanhusten sairaus, joka aktivoituu nyt uudelleen vuosikymmeniä aikaisemmin saadun primäärisen infektion jälkeen. Euroopan äskettäiset demografiset, poliittiset ja sosioekonomiset muutokset, kuten kasvava muuttoliike, kuitenkin vaikuttavat tilanteeseen. Tämän seurauksena tuberkuloosi yleistyy EU:ssa siirtolaisten, kodittomien, kaupunkien ytimessä asuvien pienituloisten, vankien, HIV-positiivisten ja huumeidenkäyttäjien keskuudessa.

Lisäksi on alueita, joilla esiintyy runsaasti lääkeresistenttiä tuberkuloosia, pääasiassa puutteellisten tai huonosti suunniteltujen hoito-ohjelmien vuoksi.

Rokotteilla estettävät taudit (VPD)

Sen jälkeen, kun useimmissa EU:n jäsenmaissa otettiin käyttöön yleinen lapsuusiän *Haemophilus influenzae* tyyppi B (Hib) -rokote, invasiivisen Hib-taudin esiintyvyys on vähentynyt, ja se on edelleen alhainen kaikkien EU:n jäsenmaiden väestössä (vuonna 2006 alle 1 tapaus 100 000 henkilöä kohti).

Monet Euroopan maat ovat lisänneet rokotusaikatauluunsa pneumokokkikonjugaattirokote 7:n (PCV7) vähintään suuririskisten ryhmien osalta. Tämä on johtanut huolenaiheisiin mahdollisuudesta, että yleiset serotyyppit saattavat korvautua asteittain serotyypeillä, jotka ovat vastustuskykyisiä PCV7-rokotteelle, mistä on jo tehty havaintoja Yhdysvalloissa. Tämän vuoksi on entistä tärkeämpää, että valvontajärjestelmien piiriin kuuluu sekä tauti että serotyyppien jakautuminen.

Huolimatta viime vuosikymmenen yleisestä laskevasta suuntauksesta, tuhkarokko oli edelleen kansanterveydellinen prioriteetti vuonna 2006, jolloin vahvistettiin yli 7 000 tapausta ja kuusi ilmoitettua kuolemantapausta. Monet tapahtumat myös osoittivat selvästi tuhkarokkoepidemian suuren puhkeamismahdollisuuden.

Useimmissa EU:n jäsenmaissa käytettiin vuonna 2006 solutonta hinkuyskärokotetta (aP). Vakaan ajanjakson jälkeen ilmoitusten määrä näyttää lisääntyneen hieman joissakin EU:n jäsenmaissa vuodesta 2003 lähtien.

Elintarvike- ja vesivälitteiset taudit

Kampylobakteeri on edelleen EU:n maiden sekä ETA- ja EFTA-maiden yleisimmin ilmoitettu gastroenterinen patogeeni, jonka esiintyvyytenä on lähes 40 tapausta 100 000 henkilöä kohti, vaikka määrät näyttävät vuodesta 2005 vuoteen 2006 hieman laskeneen.

VTEC/STEC-infektioiden määrä näyttää myös laskevan. Vuonna 2006 ilmoitettiin vain hieman yli yhdestä tapauksesta 100 000 henkilöä kohti, vaikka jotkin maat ilmoittavat huomattavasti suurempia lukuja, etenkin nuorilla lapsilla.

TIIVISTELMÄ UHISTA 2007

Vuonna 2007 ECDC suoritti 168 uhkan seuranta:

- uhkista 142 (85 %) oli uusia;
- 21:n uhan seuranta aloitettiin vuonna 2006, ja se oli edelleen aktiivista vuonna 2007;
- viiden uhan seuranta aloitettiin vuonna 2005, ja se oli edelleen aktiivista vuonna 2007;
- 66 uhkaa vaati ECDC:n aktiivisia seurantatoimia;
- kymmenen uhkista johti yksityiskohtaiseen uhka-arvioon, joka lähetettiin EU:n kansanterveysuhkia koskevan varhaisvaroitus- ja reagointijärjestelmä EWRS:n kautta EU:n jäsenvaltioille ja Euroopan komissiolle.

Vuonna 2007 EU:ta koskevat uhat olivat kaiken kaikkiaan edelleen laajalle levinneitä. Elintarvike- ja vesivälitteiset taudit olivat edelleen EU:ssa seurattavien uhkien yleisimpiä aiheuttajia. Merkittävää on, että vuonna 2007 tuberkuloosiin liittyvien uhkien määrä lisääntyi huomattavasti. Erityisesti lisääntyivät tapahtumat, jotka liittyvät monilääkeresistenttiin ja erittäin lääkeresistenttiin tuberkuloosiin (XDR) sekä kanssamatkustajien altistumiseen tuberkuloosipotilaille, jotka matkustavat taudin tartuntavaiheessa.

Useimmista uhista, joilla havaittiin olevan potentiaalinen vaikutus EU:hun vuonna 2007, ilmoitettiin EWRS:n tai siihen tarkoitettujen eurooppalaisten verkostojen kautta (legionelloosin osalta eurooppalainen legionellainfektioiden havaitsemiseen ja torjuntaan tähtäävä kansainvälinen työryhmä EWGLI ja elintarvike- ja vesivälitteisten tautien osalta kansainvälinen Salmonella-, EHEC- ja Campylobacter-epidemioiden seurantaverkko ENTERNET). EWRS on jatkuvasti osoittautunut tehokkaaksi työvälineeksi EU:n jäsenvaltioiden oikea-aikaisten kansanterveydellisten toimenpiteiden koordinoinnissa vahvistettujen uhkien hillitsemiseksi. Vuonna 2007 ECDC alkoi kehittää EU:n laajuista viestintäfoorumia epidemioita koskevaa tiedonhankintaa varten.

JOHTOPÄÄTÖKSET

EU:n tartuntatautien ennaltaehkäisemistä ja valvontaa koskevat prioriteetit eivät ole muuttuneet merkittävästi edellisen AER-painoksen jälkeen.

Toisaalta huolenaiheet sekä olosuhteet, joiden aiheuttama taakka on johdonmukaisesti suuri, ovat edelleen samat. Tämän tiivistelmän alussa lueteltujen kuuden merkittävän uhan lisäksi huomionarvoisia ovat ilmoitettujen klamydia- ja campylobakteeri-infektioiden suuret määrät.

Toisaalta joidenkin muun muassa eräiden rokotteilla estettävien tautien (Hib mukaan lukien) esiintyvyys on vähentynyt, ja joidenkin muiden rokotteilla estettävien tautien (esim. kurkkumätä) esiintyvyys on erittäin alhainen – noin 0,1 tapausta 100 000 henkilöä kohti. EU:n jäsenvaltiot ovat kuitenkin yhä kaukana tautien hävitysohjelmien tavoitteista, etenkin tuhkarokon osalta.

Niiden tietojen laatu, joista voidaan tehdä nämä johtopäätökset, ei ole vielä läheskään täydellinen, ja on edelleen tehtäviä huomattavia ponnistuksia tartuntatautien valvonnan parantamiseksi Euroopan unionissa. Merkittävintä on, että eri jäsenvaltioiden tietojen vertailtavuudessa on edelleen suuria ongelmia, mikä vähentää kerättyjen tietojen hyödyllisyyttä Euroopan tasolla.

On tutkittava uusia lähestymistapoja prioriteettien määrittämiseen tarvittavien tietojen tarjoamiseksi. Tähän sisältyy tartuntatautien aiheuttaman nykyisen ja tulevan taakan arviointi.

Eräät pitkän aikavälin suuntaukset vaikuttavat tulevaisuudessa tartuntatautien yleiskuvaan EU:ssa. Nämä suuntaukset ovat seuraavat:

- EU:n ikääntyvä väestö;
- ympäristömuutokset, ilmastonmuutos mukaan lukien;
- lisääntynyt matkustaminen ja muuttoliike sekä
- yhteiskunnalliset muutokset.

EU:n tartuntatautien aiheuttamaa taakkaa ja suuntauksia on seurattava jatkuvasti, jotta voitaisiin tarjota oikeita tietoja siitä, millainen yhteinen terveyspolitiikka pitäisi laatia.

5. HIV:n ja AIDS:in valvonta Euroopassa

(Julkaistu joulukuussa 2008)

Keskeiset näkökohdat

HIV-infektio on Euroopassa edelleen kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Monissa Euroopan maissa on todisteita HIV:n lisääntyvistä leviämistä.

- Vuonna 2007 49:ssä WHO:n Euroopan alueen 53 maasta ilmoitettiin 48 892 uudesta diagnosoidusta HIV-infektiosta (tietoja ei ole saatavilla Itävaltasta, Italiasta, Monacosta eikä Venäjän federaatiosta). Korkeimmat luvut ilmoitettiin Virossa, Ukrainassa, Portugalissa ja Moldovan tasavallassa. 48 maata ilmoitti 5 244 AIDS-tapauksesta (tietoja ei ole saatavilla Italiasta, Kazakstanista, Monacosta, Venäjän federaatiosta eikä Ukrainasta).
- Vuonna 2007 Euroopan unionin ja Euroopan vapaakauppaliiton maissa (joihin viitataan tässä raportissa EU:n ja EFTA:n jäsenmaina) ilmoitettiin 26 279 uudesta diagnosoidusta HIV-infektiosta (tietoja ei ole saatavilla Itävaltasta tai Italiasta). EU:n ja EFTA:n jäsenmaissa korkeimmat luvut ilmoitettiin Virossa, Portugalissa ja Latviassa. Alhaisimmat luvut ilmoitettiin Slovakiassa, Tšekin tasavallassa ja Romaniassa.
- EU:n ja EFTA:n jäsenmaissa HIV-infektion pääasiallinen leviämistapa näyttää olevan miesten välinen seksi, jota seuraa heteroseksuaalinen kontakti. Noin 40 % heteroseksuaalisiksi tartunnoiksi ilmoitetuista tapauksista diagnosoitiin henkilöillä, joiden kotimaassa on HIV- tai AIDS-epidemia ovat yleisiä.
- WHO:n Euroopan alueen kolmesta maantieteellisestä alueesta suonensisäisten huumeiden käyttö on edelleen taudin pääasiallinen leviämistapa alueen itäisessä osassa. Alueen keskiosassa HIV:n pääasiallinen leviämistapa on sen sijaan heteroseksuaalinen kontakti, vaikka myös miesten väliseen seksiin liittyvien HIV-tapausten ilmoitettu määrä on kasvanut. Alueen länsiosassa pääasiallinen leviämistapa on miesten välinen seksi, jota seuraa heteroseksuaalinen kontakti – tällöin mukana eivät ole tapaukset, joissa henkilö on lähtöisin maasta, joissa epidemia ovat laajalle levinneitä.
- Puutteellisesta raportoinnista huolimatta ilmoitettujen äskettäin diagnosoitujen HIV-infektioiden määrä on kaiken kaikkiaan lisääntynyt vuonna 2007, kun taas diagnosoitujen AIDS-tapausten määrä laski yleisesti edelleen WHO:n Euroopan alueella, vaikka AIDS-tapausten määrä onkin jatkanut kasvuaan alueen itäisessä osassa. Vuodesta 2000 lähtien ilmoitettujen äskettäin diagnosoitujen HIV-tapausten määrä miljoonaa henkilöä kohti on miltei kaksinkertaistunut 39:stä miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2000 75:een miljoonaa henkilöä kohti vuonna 2007. Luvut perustuvat niiden 44 maan tietoihin, jotka ovat johdonmukaisesti toimittaneet tietoja HIV:n valvonnasta.
- Vuosittain diagnostisia tarkoituksia varten tehtyjen HIV-testien kokonaismäärä, lukuun ottamatta anonyymejä testejä ja verenluovutusta, on kasvanut useimmissa maissa vuosien 2003 ja 2007 välisenä aikana.

- Tässä esitettyihin tietoihin liittyy joitakin rajoituksia, jotka johtuvat etenkin monien maiden puuttuvista tiedoista. Tämä rajoittaa johtopäätöksiä, joita voidaan tehdä Euroopan HIV- ja AIDS-epidemioiden laajuudesta. Jos nämä tiedot olisi voitu ottaa huomioon, tapausten määrä olisi ollut karkeasti arvioiden kaksinkertainen vuonna 2007.

HIV:n ja AIDS:in valvontaa koskevat suositukset

HIV:n ja AIDS:in seurantatiedot ovat erittäin tärkeitä HIV-epidemian suuntauksien seurannan ja kansanterveydellisen vasteen arvioinnin kannalta. Näin ollen kaikkien Euroopan maiden pitäisi

- ottaa käyttöön tapauspohjaiset kansalliset ilmoitusjärjestelmät HIV- ja AIDS-tapauksia varten ja varmistaa, että ne ovat kattavia ja ajankohtaisia;
- parantaa toimitettujen tietojen laatua, etenkin todennäköisten leviämisteiden suhteen;
- edistää kattavaa HIV:n valvontaa, mukaan lukien rutiinomainen käyttäytymisen valvonta ja tutkimukset HIV:n esiintyvyydestä.

Kansanterveydelliset suositukset

Epidemian torjuntaan tarkoitettujen toimenpiteiden pitäisi perustua näyttöön, ja ne pitäisi mukauttaa kyseiseen maahan ja maantieteelliseen alueeseen sopiviksi. Saatavilla olevien valvontatietojen nojalla on aiheellista antaa seuraavat suositukset:

- Itä: suonensisäisten huumeiden käyttäjien HIV:n torjuntaan tähtäävien toimenpiteiden pitäisi olla HIV:n ennaltaehkäisystrategioiden kulmakivi. Toimenpiteitä pitäisi myös lujittaa taudin heteroseksuaalisen leviämisen ennaltaehkäisemiseksi ja kohdistaa etenkin niihin, joiden kumppanit ovat suuririskisiä.
- Keskiossa: ennaltaehkäisy pitäisi mukauttaa kunkin maan olosuhteisiin niiden epidemiologisten etujen säilyttämiseksi.
- Länsi: miesten kanssa seksisuhteissa olevien miesten HIV:n torjuntaan tähtäävien toimenpiteiden pitäisi olla HIV:n ennaltaehkäisystrategioiden kulmakivi, esim. miesten kanssa seksiä harjoittaville miehille suunnattujen tarkistettujen turvallisempaa seksiä koskevien kampanjoiden myötä. Ennaltaehkäisevät toimet sekä hoitotoimet on mukautettava niin, että ne tavoittavat siirtolaisväestöt.
- HIV-testausta pitäisi edistää kaikilla osa-alueilla, jotta varmistetaan varhainen hoitoon pääsy ja neuvonta taudin leviämisen estämiseksi tai vähentämiseksi sekä parannetaan pidemmän aikavälin hoitotuloksia yksittäisten henkilöiden osalta.

Erityisraportit

6. Puitetoimintasuunnitelma tuberkuloosin torjumiseksi Euroopan unionissa

(Julkaistu maaliskuussa 2008)

Tuberkuloosi on ihmisten vakava tartuntatauti, joka leviää yleensä siten, että henkilö hengittää bakteereja sairaalta peräisin olevista pisaroista. Vaikka tuberkuloosia voidaan hoitaa tehokkaasti, riittämätön hoito tai hoitomyöntyvyys saattaa johtaa hoidon epäonnistumiseen, taudin nopeaan uusiutumiseen tai lääkkeille vastustuskykyisen tuberkuloosin kehittymiseen.

EU:ssa tuberkuloosin esiintyvyys on vähentynyt tasaisesti viime vuosikymmeninä EU 27:n luvut kuuluvat maailman alhaisimpiin, joskin ne ovat korkeampia kuin Yhdysvaltojen tai Australian kaltaisten teollisuusmaiden luvut. Tyytyväisyyteen ei kuitenkaan ole mitään aihetta, sillä samalla tavalla suotuisan epidemiologisen tilanteen toteaminen johti kymmeniä vuosia sitten useissa maissa valppauden heikkenemiseen sekä tuberkuloosin ehkäisy- ja torjuntaresurssien ja -palvelujen vähenemiseen. Tämän seurauksena tauti pääsi palaamaan HIV-epidemian ja monilääkeresistentin tuberkuloosin (MDR RB) kehittymisen vahvistamana. Torjuntaohjelmia ja -toimia jouduttiin tehostamaan varhaisen diagnosoinnin varmistamiseksi, asianmukaisen hoidon tarjoamiseksi ja hoitojen toteuttamiseksi.

Tilanteen vuoksi Euroopan unionin (EU) terveysasioista vastaava komission jäsen Markos Kyprianou pyysi maaliskuussa 2007 Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskusta (ECDC:tä) kehittämään toimintasuunnitelman tuberkuloosin torjumiseksi Euroopan unionissa.

Tuberkuloosia koskevan puitetoimintasuunnitelman pitkän aikavälin tavoite on tuberkuloosin torjuminen ja lopulta sen hävittäminen EU:ssa. Useimmat tuberkuloositaakan vähentämiseen tähtäävät toimet toteutetaan kansallisella tasolla EU:n toimielinten tuella. Suunnitelman tavoitteet ovat seuraavat:

- lisätään poliittista ja yleistä tietoa tuberkuloosista kansanterveysongelmana EU:ssa;
- tuetaan ja vahvistetaan EU:n jäsenvaltioiden ponnisteluja tuberkuloosin torjumiseksi kansallisen epidemiologisen tilanteen ja haasteiden mukaisesti;
- edistetään tuberkuloosin torjuntaa EU:ssa tukemalla maita, joista ns. tuontitapaukset ovat lähtöisin.

Tämä ehdotus perustuu neljään periaatteeseen: nopean ja korkealaatuisen hoidon takaaminen kaikille, terveydenhoitojärjestelmien valmiuksien vahvistaminen, uusien välineiden kehittäminen sekä kumppanuuksien ja yhteistyön rakentaminen maiden ja sidosryhmien kanssa. Näiden neljän periaatteen ympärille on jäsennetty kahdeksan strategisen kehityksen aluetta. Lyhyesti, jokaisen kahdeksan alueen suositellut tavoitteet tai toimet ovat seuraavat:

Alue 1. Sitoutuminen tuberkuloosin torjuntaan, tieto tuberkuloosista ja terveydenhoitojärjestelmien valmiudet

1. Jäsenvaltioiden poliittisen ja voimavaroihin liittyvän sitoutumisen lisääminen tuberkuloosin torjuntasuunnitelmia varten osana yleisiä kansanterveydellisiä strategioita.
2. Jäsenvaltioiden terveydenhoitojärjestelmien vahvistaminen tuberkuloosin torjuntaan ja hävittämiseen tähtäävien toimien toteuttamiseksi.

Alue 2. Valvonta

1. Tuberkuloosin epidemiologisten piirteiden sekä sen ajallisen ja maantieteellisen leviämisen arvioiminen niin jäsenvaltioiden sisällä kuin koko Euroopan laajuisesti.
2. Tuberkuloosin torjuntatoimien tulosten seuraaminen ja tämän tiedon välittäminen päättäjille siten, että kansalliset ja eurooppalaiset tuberkuloosisuunnitelmat voidaan pitää ajan tasalla.
3. Sellaisten heikossa asemassa olevien väestöryhmien tunnistaminen ja määrittäminen, joilla tuberkuloosiin sairastumisen ja huonon ennusteen riski on suurempi kuin muilla ja joihin pitäisi kohdentaa erityisiä kansanterveystoimia.

Alue 3. Laboratoriopalvelut

1. Korkealaatuisten nykyaikaisten laboratoriopalvelujen kehittäminen ja toteuttaminen, jotta täytetään tuberkuloosiin liittyvät kliiniset, kansanterveydelliset ja tutkimusta koskevat tarpeet.
2. Turvallisten, täsmällisten, laadukkaiden laboratoriopalvelujen ja asianmukaisesti koulutetun henkilöstön varmistaminen työn toteuttamiseen.
3. Investointien turvaaminen laboratoriopalvelujen ylläpitämiseen pitkällä aikavälillä.

Alue 4. Nopea ja laadukas tuberkuloosihoito kaikille

1. Kaikkien tapausten nopea diagnosoiminen ja asianmukaisen tuberkuloosihoidon varmistaminen.
2. Toimien mukauttaminen erityisiin epidemiologisiin tilanteisiin ja heikossa asemassa olevien väestöryhmien tarpeisiin tuberkuloosin torjunnan tehon maksimoimiseksi kaikilla tasoilla.
3. Epidemioiden hallintatoimenpiteiden yhdenmukainen toteuttaminen.
4. Kaikkien tuberkuloosipotilaiden yksilöllisten terveydenhoitotarpeiden täyttäminen.

Alue 5. MDR- ja XDR-tuberkuloosi

Seuraavat tavoitteet koskevat kaikkia jäsenvaltioita, mutta ne ovat erityisen tärkeitä maille, joissa MDR- ja XDR-tuberkuloosin ongelma on suurin.

1. MDR- ja XDR-tuberkuloosin valvonnan ja seurannan optimointi ja vahvistaminen.
2. Tuberkuloosin lääkeherkkyystestauspalvelujen parantaminen EU:ssa tuberkuloosilaboratoriopalvelujen vahvistamisen yhteydessä.
3. MDR- ja XDR-tuberkuloosipotilaiden hoidon ja hallinnan parantaminen, mukaan lukien tartuntojen seuranta ja kontaktien jäljitys/ehkäisykäytännöt.
4. Ensi- ja toissijaisten lääkkeiden saatavuuden parantaminen ja samalla tuberkuloosilääkkeiden järkevän käytön varmistaminen.

Alue 6. Tuberkuloosin ja HIV:n yhteisinfektio

1. Tuberkuloosin ja HIV:n yhteisinfektioitaakaan keventäminen EU:ssa tiivistämällä yhteistyötä tuberkuloosi- ja HIV-/AIDS-suunnitelmien tai asiaan liittyvien terveydenhoitojärjestelmän palvelujen välillä.
2. Tuberkuloosin ja HIV:n yhteisesiintyvyyteen liittyvän tutkimustoiminnan ja kliinisen tutkimuksen edistäminen EU:n tasolla.

Alue 7. Uudet työkalut tuberkuloosin torjuntaan

1. Prioriteettien määrittäminen perustutkimukselle, soveltavalle tutkimukselle ja operationaaliselle tutkimukselle EU:ssa.
2. Rahoituksen ja koordinoinnin tarjoaminen.

Alue 8. Kumppanuuden ja yhteistyön rakentaminen maiden välille

1. Tuberkuloosin pitäminen esillä EU:n ja jäsenvaltioiden toimielinten poliittisella, teknisellä ja tutkimuksen asialistalla, kun useat tärkeät asiat kilpailevat samoista rajallisista resursseista.
2. Leimautumisen vähentäminen, tuberkuloosin, MDR- ja XDR-tuberkuloosin varhainen ja nopea havaitseminen sekä ihmisten kannustaminen hakemaan hoitoa tuberkuloosihoidosta tehdyn potilaiden peruskirjan mukaan.
3. Edullisen, asianmukaisen ja ennen kaikkea tehokkaan jälkihoidon saatavuuden varmistaminen.
4. ECDC:n, komission, yksittäisten maiden, WHO:n ja muiden sidosryhmien välisen yhteistyön ja toiminnan koordinoinnin kehittäminen.

7. Tartuntatautien valvonta Euroopan unionissa, pitkän aikavälin strategia: 2008–2013

(Julkaistu toukokuussa 2008)

Tämä pitkän aikavälin näkemys ja strategia tartuntatautien tulevasta valvonnasta EU:ssa on kehitetty auttamaan päätösten ohjaamista eurooppalaisen valvontajärjestelmän pitkän aikavälin kehitystä varten. Tämä strategia on voimassa vuoteen 2013 saakka, mikä vastaa ECDC:n (ECDC:n johtokunnan kesäkuussa 2007 hyväksymää) monivuotista strategista suunnitelmaa. Lisäksi ennakoidaan synergeettisten vaikutusten syntymistä yhdessä ECDC:n laboratoriostراتيجoiden kanssa.

Strategialla pyritään määrittelemään valvonnan ehdot ja laajuus, sen päämäärät ja tavoitteet sekä sen organisointia koskevat vaatimukset. Siinä hahmotellaan myös tapoja jäsenvaltioiden tukemiseksi ja esitetään täytäntöönpanoa koskeva etenemissuunnitelma.

Yleisenä tavoitteena on edistää tartuntatautien esiintyvyyden vähenemistä Euroopassa tarjoamalla päätöksentekijöille, alan ammattilaisille ja terveydenhuoltoalan työntekijöille olennaisia kansanterveydellisiä tietoja ja raportteja sellaisten toimien edistämiseksi, jotka johtavat tartuntatautien oikea-aikaiseen ennaltaehkäisyyn ja torjuntaan Euroopassa. Jäsenvaltioiden tartuntatauteja koskevien tietojen oikeellisuus ja hyvä vertailtavuus ovat tämän tavoitteen saavuttamisen kannalta välttämättömiä.

Yhdenmukaistamalla valvontaa koskevaa lähestymistapaa voidaan

- parantaa tietojen alueellista vertailtavuutta;
- yksinkertaistaa valvontaa kaikkialla Euroopassa;
- hoitaa valvontaa synergistisesti;
- välttää työn päällekkäisyyttä;
- tarjota pitkällä aikavälillä laadukkaampaa kansanterveydellistä näyttöä keskeisempien ja luotettavampien tietojen ansiosta;
- helpottaa kansallisten valvontajärjestelmien vahvistamista;
- todennäköisesti parantaa taloudellista tehokkuutta ja kestävyyttä;
- helpottaa tietojen saatavuutta sekä niiden käyttöä;
- tehostaa kansainvälisten epidemioiden havaitsemista ja seurantaa;
- edistää valmiuksien kehittämistä;
- varmistaa, että taudit sisällytetään valvonnan ja tutkimuksen alalistaan eurooppalaisten prioriteettien mukaisesti.

ECDC kehittää järjestelmää Euroopan tasolla tapahtuvaa tartuntatautien indikaattoripohjaista valvontaa varten. Järjestelmää kutsutaan Eurooppalaiseksi valvontajärjestelmäksi (The European Surveillance System, TESSy). TESSy-järjestelmä on hyödyllinen työväline EU:n jäsenvaltioiden ja ETA-maiden valvontatietojen keräämiseen, vahvistamiseen, tallentamiseen ja levittämiseen. Aluksi TESSy:n avulla kerätään pieni joukko keskeisiä muuttujia, jotka ovat tärkeitä tartuntatautitapausten järjestelmällisessä valvonnassa. Kun TESSy on yleisesti hyväksytty ja kun sitä käytetään alueen vakioimallisena tietokantana, seuraavat asiat tukevat edelleen ECDC:n pitkän aikavälin tavoitteita kaikkien toimintaan osallisten tahojen tehtävien yksinkertaistamisesta ja heidän työkuormituksensa vähentämisestä:

- tartuntatautien valvontaa koskevien tietojen keräämisen yhdenmukaistaminen;
- keskitetyn asiointipisteen tarjoaminen jäsenvaltioille tietojen toimittamista ja hakua varten;
- valvontatietoihin perustuvien raporttien yhdenmukaistaminen;
- johdonmukaisen ja helposti saatavilla olevan yleiskatsauksen tarjoaminen nykyisestä tilanteesta EU:ssa.

Käsiteltäväksi otetaan myös nykyinen eräitä tauteja koskeva kaksinkertaisen raportoinnin ongelma, jossa tautien valvontaan osallistuu useita alueellisia järjestöjä – kuten WHO:n Euroopan aluetoimisto tai Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskus EMCDDA. Tavoitteena on vähentää työskentelyn päällekkäisyyttä ja mahdollisesti poistaa se.

Tietojen toimittajien ja tietojen käyttäjien (sekä muiden osapuolten, esim. WHO:n) aseman selkeää määrittelemistä varten sekä jäsenvaltioissa ja ECDC:ssä on luotava väliaikainen menettely, joka koskee ECDC:n ja jäsenvaltioiden sekä ECDC:n ja erityisten valvontaverkostojen (Dedicated Surveillance Network, DSN) välisen tietojenvaihtoyhteistyön periaatteita. Väliaikaiseen menettelyyn pitäisi sisällyttää myös muun muassa tietöanalyysien tulosten julkaisemista koskevat menettelyt. Tähän väliaikaiseen menettelyyn perustuvien kokemusten nojalla laaditaan yksityiskohtaisempi lopullinen pidemmän aikavälin menettely yhdessä asianosaisten sidosryhmien kanssa.

Tuleva yhteistyö (toimivaltaisten elinten nimeämien) tiettyjen tautien asiantuntijoiden kanssa jäsennellään seuraavasti: taudit tai patogeenit jaetaan kuuteen pääryhmään. Tarvittaessa nämä kuusi ryhmää tai työryhmää jaetaan keskitetympiin (tautikohtaisiin) alaryhmiin. Vuosittain järjestetään jokaista kuutta pääryhmää koskevia kokouksia, joissa käsitellään koko tautiryhmän valvonnan kannalta olennaisia kysymyksiä. Tarvittaessa samanaikaisesti voidaan järjestää myös enemmän tautikohtaisia ns. rinnakkaisia symposiumeja. Jokaista kuutta tautien pääryhmää tai työryhmää varten perustetaan koordinoitiryhmä, ja ryhmille siirretään monia entisille DSN-ohjausryhmille kuuluneita tehtäviä.

Maiden hyvät laboratoriopalvelut ovat välttämättömät EU:n tason valvonnan vahvistamisen kannalta. ECDC kehittää edelleen jo tehtyä työtä ja tukee jäsenvaltioiden, ETA- ja EFTA-maiden sekä jäsen ehdokasvaltioiden laboratoriovalmiuksien vahvistamista yhteistyössä komission, ECDC:n toimivaltaisten elinten sekä jäsenvaltioiden kansallisten mikrobiologian alan tietokeskusten kanssa.

ECDC työskentelee ahkerasti varmistaakseen, että kaikissa maissa on vahvistettujen ja todennäköisten tapausten raportoinnin perustana sekä normaalina aikana että hätätilanteissa saatavilla kansallisen viitetason (NRL) laboratoriopalveluita joko suoraan tai välillisesti, minkä ansiosta kaikki maat voivat vahvistaa patogeenien diagnoosin, eristämisen ja lisätutkimisen. ECDC muodostaa yhteyksiä näihin kansallisiin viitetasoihin ja auttaa niitä integroimaan tietonsa epidemiologisten (ja kliinisten) tietojen kanssa kansallisella tasolla. Laboratoriomenetelmien laadunvarmistus on välttämätöntä pätevien ja oikeellisten tietojen varmistamiseksi, ja tämän ajanjakson aikana edistetään myös eurooppalaisia standardeja.

ECDC toteuttaa valvontastrategiansa kahdessa vaiheessa. Ensimmäinen vaihe on siirtymäkausi, joka kestää vuoteen 2010 saakka. Siinä keskitytään pääasiassa nykyisten DSN-verkostojen Euroopan unionin tartuntatautien valvonnan integroimiseen ECDC:n kanssa. Toisessa vaiheessa (2010–2013) ECDC:llä on täysi vastuu valvonnasta, ja se voi myöhemmin keskittyä Euroopan laadukkaimpien järjestelmien kehittämiseen ja konsolidointiin.

Jotta tämä strategia ja sen tavoitteet pysyisivät tärkeinä ja ajantasaisina, jäsenvaltiot ja keskeiset sidosryhmät tarkistavat sitä, jotta kehityksessä olevat strategiat ja uusi näyttö voidaan sisällyttää siihen tarvittavalla tavalla.

Kokousraportit

8. Tartuntataudit ja sosiaaliset tekijät

(Kokous pidettiin huhtikuussa 2007, raportti julkaistiin helmikuussa 2008)

Tässä raportissa viitataan ECDC:n koolle kutsumaan tartuntatautien sosiaalisia tekijöitä koskevaan työpajaan, johon osallistui tartuntatautien ja sosiaalisten tekijöiden alan tutkijoita. Työpajan päätavoitteet olivat seuraavat:

- sosiaalisen eriarvoisuuden merkityksen arvioiminen tartuntatautien aiheuttaman taakan kannalta;
- sellaisten terveydellistä eriarvoisuutta koskevien parhaiden käytäntöjen kartoittaminen, joita käytetään tartuntatautien ennaltaehkäisyssä tai hallinnan alalla;
- strategioiden ja toimenpiteiden kehittäminen sosiaalisten tekijöiden aiheuttaman terveydellisen eriarvoisuuden käsittelemiseksi.

Raportissa keskitytään työpajan keskeisiin aihepiireihin ja keskustelunaiheisiin, ja se on jaettu viiteen pääosaan:

- tartuntatautien sosiaaliset tekijät;
- tautikohtaiset kysymykset;
- kohdennetut toimenpiteet, joiden tavoitteena on sosiaalisen eriarvoisuuden poistaminen;
- poliittiset toimet sosiaalisen eriarvoisuuden poistamiseksi;
- etusijalla olevien toimien kartoittaminen.

Työpajan aikana havaittiin, että tartuntatautien aiheuttaman taakan sosiaalinen kuilu on vähintään yhtä suuri kuin tarttumattomilla taudeilla. Kuilu saattaa tiettyjen ryhmien ja infektioiden osalta olla vieläkin suurempi. Vaikka tartuntataudit vaikuttavat yleensä voimakkaimmin syrjäytyneisiin ryhmiin, sosiaalinen gradientti ei vaikuta kaikkiin infektioiden samalla tavalla: sosioekonomisen asteikon yläpäässä olevilla ryhmillä tiettyjen infektioiden riski saattaa olla suurempi tietynlaisen riskialttiin käyttäytymisen vuoksi.

On selkeä tarve saada lisää tietoa Euroopan tartuntatautitaakasta, jotta voidaan määrittää, millaisten asioiden pitäisi olla etusijalla arvioinnissa, tutkimuksessa, toimenpiteissä ja poliittisissa muutoksissa. Tämä kartoitus on alkanut esimerkiksi tuberkuloosin osalta.

Työpajan antaman suosituksen tarkoituksena oli täydentää tartuntatautien valvontaa yhdellä tai kahdella sosiaalisella tekijällä. Tämä saattaa tarjota perustietoja, ja yksityiskohtaisempia tietoja voidaan hankkia tutkimuksista. Tartuntatautien biologiset merkkiaineet voidaan sisällyttää vakiomallisiin terveystutkimuksiin, mahdollisesti eurooppalaisiin tutkimuksiin.

Työpajan toinen johtopäätös oli se, että sosiaaliset tekijät eivät ole enää tutkimuksen asialistalla. Ne on palautettava asialistalle, sillä eri alueilla ja eri väestöjen keskuudessa infektoita levittäviä tekijöitä koskevissa tiedoissa on puutteita. Ihmisten elin- ja työskentelyolosuhteet ovat merkittävä mutta usein unohdettu muuttuja. Tartuntatautien riskitekijät eivät ole yksittäisiä riskitekijöitä, ja patogeenit saattavat vaihdella sosioekonomisten ryhmien välillä. Olemassa olevia tietoja pitäisi hyödyntää mahdollisimman paljon tartuntatautien sosiaalisten tekijöiden tutkintaa varten. Erityisiä ryhmiä ja alueita, joita on tutkittava lisää, ovat siirtolaiset, leimautumisen vähentäminen sekä sosiaaliset ja poliittiset prosessit, jotka vaikuttavat terveydelliseen eriarvoisuuteen.

Kokouksessa pyydettiin erityisesti luomaan hyvien toimenpiteiden tietokanta. Tällaisen tietokannan tarkoituksena olisi varmistaa hyvä tietovirta, etenkin alueilla, joilla ei julkaista paljon tietoa mutta joilta on runsaasti kokemusta.

Terveyskasvatusta pidettiin poliittisen toiminnan prioriteettina kahdella tavalla. Terveyskasvatukseen pitäisi olla korkealla koulutusalan päättäjien asialistalla varhaisopetuksesta lähtien. Terveyskasvatukseen pitäisi sisältyä sosiaalisten tekijöiden näkökulma terveydellisiin kysymyksiin, jotta tulevat sukupolvet voisivat vaikuttaa poliittiseen prosessiin. Opetuksen pitäisi sisältää sosiaalisen erottelun vaikutukset terveyteen, erityisten taitojen opettaminen terveystieteiltä suojautumiseksi sekä antaa ihmisille mahdollisuus ajatella itse ja vaikuttaa riskitekijöille altistumiseensa. Toiseksi on vahvistettava sosiaalisia tekijöitä koskevaa koulutusta muun muassa lääketieteen alan, hoitoalan ja sosiologian alan oppilaitoksissa. Tulevaisuuden terveydenhuoltoalan työntekijöiden on osallistuttava keskusteluun ja puollettava muutosta alkutilanteen tekijöissä. Kansanterveyden alalla on panostettava keskusteluun sosiaalisesta eriarvoisuudesta ja sen vaikutuksesta terveyteen.

Selkeänä prioriteettina on makrososiaalisten tekijöiden korostaminen ja yhteistyö kaikkien alojen (politiikka, yhteiskunnalliset alat, tekniikka jne.) kanssa kansanterveysalan ulkopuolella. Näiden kannanotto-ponnistusten tukemiseksi kohteita on harkittava perusteellisesti ja niistä on keskusteltava. Voidaan käyttää hyviä esimerkkejä

kaikkien Euroopan maiden historiasta. ECDC:llä voi olla merkittävä rooli tartuntatautien torjunnassa ilmenevän eriarvoisuuden merkitykseen kantaa ottavana asiamiehenä.

9. Ympäristömuutos- ja tartuntatautityöpaja

(Kokous pidettiin maaliskuussa 2007, raportti julkaistiin toukokuussa 2008)

Kokouksen tavoitteet

- sellaisen näytön tarkistaminen, joka liittyy maailmanlaajuisen ilmastomuutoksen ja ekologisen muutoksen Euroopan tartuntatautitaakalle aiheuttamiin vaikutuksiin;
- sellaisten kansanterveyteen liittyvien taitojen käsittely, joita tarvitaan ilmastomuutoksen ja tartuntatautien aiheuttamien uhkien hoitoon;
- tutkimustarpeiden kartoittaminen.

Ilmastomuutos

Hallitustenvälisen ilmastomuutospaneelin (IPCC) mukaan ilmasto muuttuu. Odotettavissa on korkeampia lämpötiloja, merenpinnan nousua ja äärimmäisiä sääilmiöitä. Nämä muutokset vaikuttavat ekosysteemiin, veteen, maanviljelyyn, sosioekonomiseen kehitykseen ja näin ollen joko suoraan tai välillisesti väestön terveyteen. Ilmastomuutos ja muut ekologiset muutokset voivat vaikuttaa tartuntatautien levinneisyyteen monilla eri tavoilla. Kaikki osanottajat ovat samaa mieltä siitä, että sitoutuminen tilanteeseen – ilmastomuutokseen, jossa jo olemme mukana – vaatii välittömiä toimia.

Tautien aiheuttamat uhat

Kokouksen osanottajat keskustelivat ilmastomuutoksen vaikutuksista ja muista siihen liittyvistä ympäristömuutoksista tartunnanlevittäjien, jyrsijöiden levittämien sekä vesi-, elintarvike- ja ilmajälitteisten tautien kannalta. Vaikka näyttöä on vain vähän, tehtiin seuraavat johtopäätökset:

- Monien tartunnanlevittäjien ja jyrsijöiden levittämien tautien levinneisyysalueen on havaittu voivan muuttua ilmastomuutoksen (lämpötila, äärimmäiset sääilmiöt, kausiluonteisuus) ja ympäristötekijöiden (maankäyttö, ekosysteemit, metsäkatot, hydrologia, biologinen monimuotoisuus) perusteella. Tähän sisältyvät arbovirustaudit, kuten denguekuume, chikungunya, Länsi-Niilin virustauti ja mahdollisesti malaria. Sääolot vaikuttavat myös jyrsijäkannan tiheyteen ja levinneisyyteen.
- Euroopan pitäisi olla valmis veteen liittyviin tuontitauteihin, kuten koleraan, äärimmäisiin paikallisiin sateisiin sekä terveydellisiin ongelmiin, jotka liittyvät jätteiden ja jätevesien tulvaan. Tärkeiksi katsottiin myös mahdolliset muutokset ripulitautien yleisyydessä. Suuririskisimpiin ryhmiin kuuluivat köyhät, vanhukset, erittäin nuoret, syrjäytyneet ryhmät, ulkomailla altistuneet matkailijat sekä immuunipuutteiset tai taustasairaudesta kärsivät henkilöt.
- Elintarvikevälitteisiä tauteja tarkasteltiin ihmisten muuttuvan käyttäytymisen sekä villi- ja kotieläinten välisten, etenkin kuivuuden aikana muuttuvien kontaktimallien suhteen.
- Astman ja kroonisten keuhkohtaumatautien paheneminen todettiin ilmastomuutoksen merkittävimmäksi vaikutukseksi hengityselinten terveyteen. Näiden sairauksien korkean esiintyvyyden katsottiin tekevän niistä hyviä erityisseurantamerkkejä ilmastomuutoksen vaikutuksen tutkimisessa.

Kansanterveydelliset valmiudet

Osanottajat olivat yksimielisiä siitä, että tarvittavia taitoja ovat keskeiset kansanterveydelliset valmiudet ja että ne edustavat arvoja, jotka ovat olemassa – tai joiden pitäisi olla olemassa – kaikissa maissa. Muita sovittuja asioita:

- Valmiuksien vahvistaminen uusien ilmastomuutokseen liittyvien tartuntatautiuhkien käsittelyä varten voidaan katsoa tavaksi parantaa laajemmin kansanterveyttä. Erityisen tärkeää oli tarve koordinoita eri alojen ja virastojen välistä työtä.
- Neljä käsiteltyä kansanterveydellistä valmiutta olivat valvonta, tutkimus, varmennus ja politiikka. Joidenkin ilmastomuutokseen liittyvien ongelmien osalta on jo olemassa valvontastrategioita, mutta tartuntatautien alalla on edelleen puutteita.
- Tarvittavana ensiaskeleena olisi riskiarvion suorittaminen, jonka avulla voitaisiin tunnistaa riskitekijät ja riskiryhmät. Näin luotaisiin näyttöön pohjautuva foorumi kansanterveydellisiä tai klinisiä ohjeita sekä poliittisia suosituksia varten.
- Merkittävänä esteenä ovat puutteet entomologisissa tiedoissa. Tämä ongelma voitaisiin korjata laajentamalla entomologista koulutusta.
- Kattava seurantajärjestelmä puuttuu, mutta ryhmä oli sitä mieltä, että koko Euroopan laajuisen järjestelmän luomista ei tarvita, koska monet potentiaalisesti uhkaavat sairaudet ovat useimmilla alueilla harvinaisia.

- Hyväksyttiin yksimielisesti reagoidaan tarvittaessa -lähestymistapa. Tässä lähestymistavassa painopiste on joustavuudessa, ja sen avulla on mahdollista vastata nopeasti ongelmiin niiden ilmetessä. Se perustuu olettamukseen, että tähän mennessä ilmastonmuutoksen tai muun ympäristöongelman yhteydessä tarkasteltuina näistä tartuntataudeista vain hyvin harvat ovat aiheuttaneet merkittäviä ongelmia.
- Yleisön (ja mahdollisesti myös ammattilaisten) tietämystä joistakin yleisistä kysymyksistä on lisättävä, jotta joitakin tulevia muutoksia voitaisiin ymmärtää paremmin.
- Uusi ilmastonmuutoksen vihreä kirja tarjoaa ainutlaatuisen tilaisuuden parantaa Euroopan komission valmiuksia terveyspolitiikan alalla.

Tutkimustarpeet, haasteet ja esteet

Kokouksessa tunnistettiin useita tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, mukaan lukien indikaattoreiden tarve sekä riskiryhmien tunnistaminen. Osanottajat totesivat, että eri jäsenvaltioilla on selvästi erilaiset valmiudet ilmastonmuutokseen liittyvän seurannan ja tutkimuksen suorittamiseen. He ehdottivat, että erityisten seuranta paikkojen käyttö kaikissa maissa saattaisi olla nopea ratkaisu Euroopan laajuisten tietojen keräämistä varten, kunnes kaikki kansanterveys- ja seurantajärjestelmät ovat täysin toimintakykyisiä.

Toiseksi tarvitaan pitkän aikavälin tietoja. Haasteena on näiden tietojen yhdistäminen satelliiteista kerättyihin tietoihin ja ihmisten terveyteen liittyvien hyödyllisten johtopäätösten tekeminen. Toisena tutkimushaasteena on pitkän aikavälin prosessien osoittaminen ilmastonmuutoksen aiheuttamiksi.

Toimintasuositukset

Kehitettäessä työohjelmia ja myöhempiä kansanterveyttä koskevaa politiikkaa, jossa keskitytään ilmastonmuutokseen ja tartuntatauteihin, on

- kehitettävä olemassa olevia aloitteita ja valmiuksia edelleen;
- kehitettävä eri alojen ja virastojen väliseen työhön liittyvä kaikkia osapuolia hyödyttävä kulttuuri;
- myönnettävä, että alueen eri osissa ilmastonmuutoksen vaikutukset ilmenevät eri tavoin;
- tunnustettava, että eri jäsenvaltioissa on erilaiset toimintavalmiudet;
- tutkittava useita mahdollisia valvontaa koskevia lähestymistapoja;
- käsiteltävä valvonnan esteitä;
- tehtävä yhteistyötä ja kehitettävä kattava näkymiä kartoittava riskistrategia;
- helpotettava ammattimaisten koulutusohjelmien kehittämistä ja toteuttamista;
- vahvistettava viestintävalmiuksia.

Liite: ECDC:n julkaisut 2008

Tämä luettelo sisältää vain ECDC:n viralliset julkaisut vuodelta 2008. ECDC:n henkilöstö julkaisi monia tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja tai osallistui niiden laatimiseen, *Eurosurveillance*-aikakauslehden sisältö mukaan lukien. Kyseisiä artikkeleita ja julkaisuja ei ole lueteltu tässä. Kaikki alla mainitut asiakirjat ovat saatavilla ECDC:n verkkosivuilta (<http://ecdc.europa.eu>).

Tutkimusraportti

Toukokuu

Review of Chlamydia control activities in EU countries

ECDC:n ohje

Tammikuu

Guidance for the introduction of HPV vaccines in EU countries

Elokuu

Priority risk groups for influenza vaccination

Valvontaraportit

Joulukuu

Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2008

HIV/AIDS surveillance in Europe 2007

Tehtäväraportti

Elokuu

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

Erityisraportit

Maaliskuu

Framework action plan to fight tuberculosis in the European Union

Toukokuu

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

Heinäkuu

ECDC strategic multi-annual programme 2007–2013

Kokousraportit

Tammikuu

Networking for public health (27–28 February 2007)

Helmikuu

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

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

Maaliskuu

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)

Toukokuu

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

Kesäkuu

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

Lokakuu

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

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

Joulukuu

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

Tekniset asiakirjat

Tammikuu

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

Yritysjulkaisut

Neljännesvuosittainen julkaisu (maaliskuu, kesäkuu, syyskuu, joulukuu)

ECDC Insight

Executive science update

Kesäkuu

Annual report of the Director 2007

Joulukuu

Annual report of the Director 2007

Keeping Europe healthy: ECDC in action

Protecting health in Europe: our vision for the future