



ECDC **CORPORATE**

Tiivistelmä tärkeimmistä  
julkaisuista  
2010

ECDC CORPORATE

# Tiivistelmä tärkeimmistä julkaisuista 2010



Ehdotettu viite: Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus. Tiivistelmä tärkeimmistä julkaisuista 2010. Tukholma: ECDC; 2011.

Tukholma, huhtikuu 2011

© Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus, 2011.

Jäljentäminen on sallittua, kunhan lähde mainitaan.

# Sisällysluettelo

Johdanto.....	V
Tekniset raportit .....	1
1 Q-kuumetta koskeva riskinarviointi.....	1
2 B- ja C-hepatiitin seuranta ja ehkäisy Euroopassa .....	3
ECDC:n ohjeet .....	5
3 Invasiivisen meningokokkitaudin satunnaisia tapauksia ja niiden kontakteja koskeva julkinen terveydenhuolto.....	5
4 HIV-testaus: käytön ja tehokkuuden lisääminen Euroopan unionissa .....	7
Valvontaraportit .....	11
5 Tuberkuloosin valvonta vuonna 2008.....	11
6 Influenssan valvonta Euroopassa vuosina 2008–2009 – Viikosta 40/2008 viikkoon 39/2009 asti.....	13
7 Invasiivisten bakteeritautien seuranta Euroopassa vuonna 2007 .....	14
8 Epidemiologinen vuosiraportti Euroopan tartuntataudeista 2010 .....	16
9 Mikrobilääkeresistenssin seuranta Euroopassa vuonna 2009 .....	22
10 HIV/aidsin valvonta Euroopassa 2009 .....	24
Erikoisraportit .....	26
11 HIV/aidsin torjuntaa Euroopassa ja Keski-Aasiassa koskevasta kumppanuudesta annetun Dublinin julistuksen täytäntöönpano: vuoden 2010 edistymisraportti.....	26
12 Vuoden 2009 A(H1N1)-pandemia Euroopassa – Yhteenveto kokemuksista .....	29
13 Edistyminen kohti tuberkuloosin poistamista – Euroopan unionin tuberkuloosin torjunnan puitetoimintasuunnitelman jatkotoimet.....	32
Liite: ECDC:n julkaisut 2010.....	33
Tekniset raportit.....	33
ECDC:n ohjeet .....	33
Valvontaraportit .....	33
Erikoisraportit .....	34
Kokousraportit .....	34
Tehtäväraportit .....	34
Tekniset asiakirjat .....	34
Yhtymän julkaisut.....	35
Säännölliset julkaisut .....	35

## Johdanto

Vuonna 2010 Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus (ECDC) julkaisi yhteensä 35 tieteellistä asiakirjaa. Niistä keskeisimpiä ovat

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010* (epidemiologinen vuosiraportti Euroopan tartuntataudeista 2010), neljäs painos ECDC:n vuotuisesta julkaisusta, jossa on kattava yleiskatsaus vuoden 2008 seurantatiedoista;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008* (tuberkuloosin seuranta Euroopassa 2008) ja *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009* (HIV/aidsin seuranta Euroopassa 2009), jotka laadittiin yhteistyössä Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetoimiston (WHO EURO) kanssa ja jotka kattavat molempien sairauksien seurantatiedot Euroopan unionin (EU) ja Euroopan talousalueen (ETA) jäsenvaltioissa sekä 23 muussa WHO EURO -alueen maassa;
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report*, (HIV:in/aidsin torjuntaa Euroopassa ja Keski-Aasiassa koskevasta kumppanuudesta annetun Dublinin julistuksen täytäntöönpano: vuoden 2010 edistymisraportti); katsaus vuoteen 2010 asti saavutetusta edistyksestä, 49 maasta saatujen tietojen perusteella.
- Mikrobilääkeresistenssin seuranta Euroopassa vuonna 2009. Euroopan mikrobilääkeresistenssin seurantaverkoston (EARS-Net) vuosiraportti, EARS-Netin ensimmäinen vuosiraportti sen jälkeen, kun Euroopan mikrobilääkeresistenssin seurantajärjestelmä (EARSS) siirrettiin ECDC:lle 1. tammikuuta 2010; raportissa annetaan eurooppalaiset mikrobilääkeresistenssiä koskevat vertailutiedot kansanterveydellisiä tarkoituksia varten.
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience* (vuoden 2009 A(H1N1)-pandemia Euroopassa, yhteenveto kokemuksista); laaja katsaus vuoden 2009 pandemian epidemiologiasta ja virustutkimuksesta EU:n ja ETAn jäsenvaltioissa.

Valikoiduista edellä olevien kaltaisista ECDC:n asiakirjoista on laadittu tiivistelmät, jotta ne olisivat poliittisten päättäjien ulottuvilla kaikilla EU:n kielillä sekä islanniksi ja norjaksi. Niistä heijastuu alkuperäisten julkaisujen henki, mutta jotakin olennaistakin tietoa on ehkä menetetty tiivistämisen yhteydessä. Lukijat, jotka haluavat aiheista yksityiskohtaisemman katsauksen, voivat tutustua asiakirjojen koko teksteihin, jotka ovat saatavilla verkossa seuraavasta osoitteesta: [www.ecdc.europa.eu](http://www.ecdc.europa.eu).

Liitteestä löytyy luettelo kaikista ECDC:n julkaisuista vuodelta 2010. Ne ovat kaikki saatavilla sähköisessä muodossa edellä 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](mailto:publications@ecdc.europa.eu).

# Tekniset raportit

## 1 Q-kuumetta koskeva riskinarviointi

(Julkaistu toukokuussa 2010)

**Riskinarviointi** tehtiin Euroopan komission pyynnöstä Q-kuumetta ja sen tarttumista veren välityksellä koskevien kysymysten, kroonisen Q-kuumeen terveysvaikutusten ja raskaana oleville naisille aiheutuvien riskien arvioimiseksi. Koska tautia esiintyy tällä hetkellä Alankomaissa, ECDC:tä pyydettiin myös käsittelemään kysymystä rajatylittävästä leviämisestä ja sitä, tarvitaanko parempia seurantarjestelmiä. Riskinarviointi tehtiin näyttöön perustuvia menetelmiä koskevien periaatteiden mukaan määrittämällä kullekin kysymykselle hakutermit ja määritettyihin tutkimuksiin mukaan ottamista ja poisjättämistä koskevat perusteet sekä arvioimalla näytön laatua. Katsaus parhaista saatavilla olevista näytöistä esitettiin Alankomaiden, Ranskan, Saksan, Yhdistyneen kuningaskunnan ja Yhdysvaltojen edustajista koostuvalle asiantuntijapaneelille, ja niitä käsiteltiin sen kanssa. Työ on tehty samaan aikaan ja yhteistyössä Euroopan elintarviketurvallisuusviranomaisen Q-kuumeesta tekemän riskinarvioinnin kanssa.

**Akuutti Q-kuume** on tavallisesti lievä, itsestään rajoittuva, flunssan kaltainen tauti, mutta joskus se aiheuttaa keuhkokuumetta, hepatiittia ja muita oireita. Se voidaan tavallisesti hoitaa kahden viikon doksisykliinikuurilla.

*Coxiella burnetii* on obligaatisti solunsisäinen bakteeri, joka voi siirtyä **veren ja kudosten** välityksellä. Riski kyseiseen välittymiseen on vähäinen, ja kirjallisuudessa siitä on vain yksi dokumentoitu tapaus. Tautitapauksen aikana olisi määritettävä esiintymisalue ja harkittava turvallisuustoimenpiteitä, esimerkiksi veren ja kudosten vastaanottajien aktiivista seuranta, luovuttajien seulontaa ja veri- ja kudostuotteiden seulontaa. Sellaisten matkustajien osalta, jotka palaavat alueelta itämaisena ja joiden bakteremia on oireeton (5–7 viikkoa), voidaan harkita verenluovuttamisen lykkäämistä kyseisen jakson loppuun asti. Antibioottikuuria voitaisiin harkita sellaisten veren vastaanottajien osalta, joiden riski on erittäin suuri, esimerkiksi potilaiden, joilla on sydämen läppävikoja. Niiden luovuttajien osalta, joilla on ollut akuutti Q-kuumetulehdus, verenluovutusta olisi lykättävä kaksi vuotta siitä päivämäärästä alkaen, kun parantuminen akuutista tulehduksesta on varmennettu. Kyseisten toimenpiteiden käyttöönoton etuja olisi arvioitava huolellisesti verrattuna kielteisiin vaikutuksiin, joita niillä voisi olla alueen veritoimituksiin. Riskiviestintää varten olisi kehitettävä strategia.

**Krooninen Q-kuume** on akuutin Q-kuumetulehduksen vakava komplikaatio, joka kehittyy noin kahdessa prosentissa akuutteja symptomaattisia tapauksia, ja siinä kuolleisuusaste voi olla 5–50 prosenttia. Krooninen Q-kuume aiheuttaa endokardiittia riskiryhmissä, esimerkiksi ihmisille, joilla on ollut aiemmin sydänlähän tauti, joilla on proteesiläppä tai joille on tehty verisuonisiirre. Syöpäpotilailla tai potilailla, joiden immunitaatio on heikentynyt, on myös suurempi riski. Kroonista Q-kuumetta on hoidettava vähintään yhden vuoden ajan, joissakin tapauksissa koko elinajan, useammalla kuin yhdellä antibiootilla. Vahingoittuneiden sydänläppien korvaaminen kirurgisesti voi olla tarpeen.

Akuutin Q-kuumeen varhainen havaitseminen ja sen hoitaminen ovat parhaita strategioita kroonisten tapauksien välttämiseen. Mahdollisia strategioita esitetään kolme: 1) terveydenhoitohenkilökunnan ja suuren yleisön tiedottaminen riskiryhmien hoidosta; 2) aktiivinen serologinen seuranta tunnetuille riskiryhmille akuutin Q-kuumetulehduksen havaitsemiseksi ja hoitamiseksi ajoissa; 3) kaikkien tunnettujen Q-kuumeepotilaiden ohjaaminen kaikukardiografiaan tapauksien löytämiseksi ja niiden seuraamiseksi aktiivisesti.

On aloitettava asianmukaiset ennakoivat kohorttitutkimukset ja valvotut kokeet (kun se on eettisesti toteuttamiskelpoista), jotta voidaan saada vankempaa näyttöä siitä, miten Q-kuumeen esiintymistä voidaan ehkäistä ja estää kansanterveyden alalla, ja siitä, miten akuutti ja krooninen sairaus voidaan diagnosoida ja hoitaa kliinisellä tasolla.

Näytöt **Q-kuumeesta raskauden aikana** ovat hyvin rajallisia, ja niitä on saatu pääasiassa havainnoista ja tutkimuksista, joita on tehty koti- ja koe-eläimillä, seroprevalenssitutkimuksista, tapausraporteista, sekä yhdestä 15 vuoden ajan kestäneestä tutkimussarjasta, jossa oli mukana 53 raskaana olevaa naista. Raskaana olevien naisten riskiä saada Q-kuumeesta vakavia seurauksia verrattuna yleisen (naispuolisen) väestön riskiin ei voida määrittää tällä hetkellä saatavilla olevan näytön perusteella. *Coxiella burnetii*-infektiosta johtuvista haitallisista raskausvaikutuksista on raportoitu monien tapauksien osalta. Joissakin tapauksissa *Coxiella burnetii*-taudinaiheuttajaa löydettiin istukasta ja sikiökudoksesta. *Coxiellaa* on havaittu myös ihmisen rintamaidossa mutta välittymistä rintamaidon välityksellä ei ole vahvistettu.

On olemassa joitakin merkkejä siitä, että pitkäaikainen hoito kotrimoksatsolilla voi estää vakavia raskausvaikutuksia, mutta näyttö perustuu tapausarjaan, jossa ei ole tehty satunnaistamista eikä valvottu mahdollisia vääristymiä. Kunnes saadaan lisää näyttöä laadukkaista hoitotutkimuksista, raskaana olevia naisia, joilla on diagnosoitu Q-kuumetulehdus, olisi hoidettava antibiooteilla koko loppuraskauden ajan. Tämän suosituksen

tieteellinen perusta on kuitenkin heikko, ja ECDC suosittelee voimakkaasti satunnaistettujen valvottujen kokeiden tekemistä, jotta voidaan saada luotettavampaa näyttöä.

Raskaana olevia naisia olisi neuvottava välttämään käyntejä maataloilla alueilla, joilla tautia esiintyy. ECDC ei suosittele välttämään rintaruokintaa paitsi silloin, kun kyse on kroonisesta sairaudesta, joka edellyttää äidin pitkäaikaista hoitoa.

Australiassa tuotetaan ja lisensoidaan formaliini-inaktivoitua kokonaisia soluja sisältävää **Q-kuumerokotetta**. Rokote on tehokas, mutta rokotusta edeltävä testaus on välttämätön, koska sen reaktogeenisyys ihmisissä, joihin *Coxiella burnetii* on aiemmin tarttunut, on ollut korkea, minkä takia rokote soveltuu paremmin määritellyille riskiryhmille kuin yleiseen rokotukseen.

Saatavilla olevista näytöistä käy ilmi, että *Coxiella burnetii* -taudinaiheuttajan **ilmassa tapahtuvan leviämisen** todellinen leviämistäisyys on alle viisi kilometriä. Vaara siihen, että se leviää Alankomaista ilman välityksellä, rajoittuu siksi naapurimaihin (eli Saksaan ja Belgiaan) ja alueisiin, jotka ovat lähellä taudin puhkeamislähteitä. Akuutin Q-kuumeen aktiivisen seurannan ja varhaisen havaitsemisen mahdollisissa riskiryhmissä (eli raskaana olevat naiset, potilaat, joilla sydänlappä- tai verisuonitauteja) paikallistasolla ja määrätynä aikana on raportoitu olevan toteuttamiskelpoinen ja tehokas menetelmä akuuttien tulehdusten havaitsemiseksi. Epidemia-aluetta lähellä olevilla alueilla ( $\leq 5$  km lähteestä) olisi järjestettävä valistuskampanjoita terveydenhoidon tarjoajille. Jos alue vaikuttaa myös muihin jäsenvaltioihin, vastuussa olevien kansanterveysviranomaisten on tiedotettava ulkomaisia kollegoitaan. Tiedon jakaminen kansanterveys- ja eläinlääkintäviranomaisten välillä edistäisi taudin puhkeamisen varhaista havaitsemista. Kansallisen ja paikallisen tason terveys- ja eläinlääkintäviranomaisten olisi lisäksi ryhdyttävä tarvittaviin toimiin puhkeamisen estämiseksi.

## 2 B- ja C-hepatiitin seuranta ja ehkäisy Euroopassa

(Julkaistu lokakuussa 2010)

### Laajuus

Tämän tutkimuksena tarkoituksena oli kartoittaa olemassa olevat B- ja C-hepatiitin kansalliset seurantajärjestelmät ja ehkäisyohjelmat EU-/ETA-maissa.

### B-hepatiitti

#### *Seuranta Euroopassa*

Kaikki maat ilmoittivat ylläpitävänsä passiivista pakollista raportointijärjestelmää B-hepatiitin osalta. 15 maassa oli vain yksi erityinen seurantajärjestelmä, kun taas neljässä maassa oli monia seurantajärjestelmiä. Seurannan kansalliset tavoitteet ovat eri maissa hyvin samanlaisia, mutta tapausmäärittelyt eivät aina vastanneet tavoitteita; kahdeksan maata ilmoitti panneensa täytäntöön EU:n vuoden 2008 tapausmäärittelyn ja kolme käytti EU:n vuoden 2002 tapausmäärittelyä. Yhteensä 21 maata käytti tapausmäärittelyä, joka muistutti hyvin paljon EU:n määrittelyä. Erilaisten tapausmäärittelyjen perusteella 28 maata raportoi varmennetuista tapauksista ja 27 sisällytti niihin akuutteja B-hepatiittitapauksia. Kroonisia tapauksia on sisällytetty 17 maan raportteihin, oireettomat tapaukset on usein jätetty pois. 26 maata ilmoitti keränneensä tapauksiin perustuvia tietoja kansallisella tasolla, mutta analyysien toistuvuus vaihtelee maittain. Perustiedot (ikä, sukupuoli, asuinpaikka, sairauden oireiden ilmaantumispäivämäärä, raportointipäivämäärä) kerätään 26 maassa, mutta yksityiskohtaisia tietoja epidemiologisesta riskistä ja sairauden vaikutuksesta ei usein ole.

#### *Epidemiologia Euroopassa*

Vuonna 2007 raportoitujen uusien tapausten määrä 100 000:ta henkilöä kohti 27 maassa vaihtelee nollassa 15,0:aan, ja keskiarvo on 1,5. (Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2009. Stockholm: ECDC; 2009). Raportoitujen hepatiitti B -tapausten määrä EU-/ETA-maissa 100 000:ta henkilöä kohti on laskenut 6,7:sta 1,5:een vuosina 1995–2007. Suuntausten havaitseminen ja vertailujen tekeminen maiden välillä voi olla haastavaa, koska seurantajärjestelmät ovat huomattavan erilaisia ja viimeaikaiset muutokset saattavat vaikuttaa esitettyihin tietoihin.

Hepatiitti B -viruksen esiintyvyys yleisessä väestössä vaihtelee laajasti maittain. HBsAg:n kantajien aste on alhainen tai keskimääräinen Slovakiassa (1,6 %), Italiassa (1 %), Belgiassa ja Ranskassa (noin 0,6 %), Suomessa, Unkarissa, Yhdistyneessä kuningaskunnassa (kaikki alle 0,5 %) ja Bulgariassa (3,8 %). Hepatiitti B -viruksen seulontaa raskaana olevilla naisilla tehdään 24 maassa, ei kuitenkaan Belgiassa, Bulgariassa, Liettuassa, Luxemburgissa ja Romaniassa. Esiintyvyys raskaana olevilla naisilla vaihtelee 1,15 prosentista Kreikassa 0,14 prosenttiin Suomessa. Seulontaohjelmia on myös suonensisäisten huumeiden käyttäjille (29 maasta 15:ssä), vangeille (11 maassa), sukupuolitautiklinikoiden asiakkaille (yhdeksässä maassa) ja henkilöille, joilla on useita seksikumppaneita (kahdessa maassa). Kahdeksan maan ilmoittama suonensisäisten huumeiden käyttäjien hepatiitti B -viruksen esiintyvyys oli korkeampi kuin yleisellä väestöllä. Suonensisäisten huumeiden käyttäjiä koskeva esiintyvyys vaihtelee huomattavasti; 0,5 prosentista Norjassa 50 prosenttiin Tanskassa. Terveystieteiden tutkimusta koskeva esiintyvyys Tanskassa ja Saksassa osoittautui olevan sama kuin yleisellä väestöllä.

#### *Seulonta ja rokottaminen*

Imeväisten, lasten tai teini-ikäisten yleistä rokotusohjelmaa käytettiin 22 maassa. Seitsemässä maassa (Tanskassa, Suomessa, Islannissa, Norjassa, Ruotsissa, Alankomaissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa) on pantu täytäntöön riskiryhmille suunnatut valikoivat rokotusohjelmat. Eri riskiryhmien täydentävät ehkäisyohjelmat kohdistettiin tavallisesti niille, joilla on suurempi riski saada hepatiitti B -virus työperäisen altistuksen takia. Riskiryhmien rokotusohjelmia on lisäksi laaja valikoima. Vain puolet maista, joissa on säännöllinen rokotusohjelma, ilmoitti yhtenäisistä kattavuusasteista, mutta imeväisten (alle 2-vuotiaiden) kattavuusasteet näyttävät olevan yli 95 prosenttia (lukuun ottamatta Itävaltaa, Maltaa ja Ranskaa).

### C-hepatiitti

#### *Seuranta Euroopassa*

Kaikki EU-/ETA-maat ilmoittivat panneensa täytäntöön C-hepatiittia koskevan raportointijärjestelmän (joko kansallisen tai tietylle väestönosalle kohdennetun). 14 maassa oli yksi erityinen seurantajärjestelmä, mutta 15 maata ilmoitti käyttävänsä useita seurantajärjestelmiä C-hepatiitin valvontaan. Seurannan kansalliset tavoitteet ovat eri maissa hyvin samanlaisia, mutta näyttää siltä, että tapausmäärittelyt eivät aina vastanneet tavoitteita. Kaikista maista 11 ilmoitti panneensa täytäntöön EU:n vuoden 2008 tapausmäärittelyn, ja neljä maata käytti EU:n vuoden 2002 tapausmäärittelyä. Siitä huolimatta jäsenvaltioiden välillä on paljon eroja tapausmäärittelyjen



täytäntöönpanossa, erityisesti tapausluokittelussa. Kaikki maat sisällyttivät vahvistetut akuutit tapaukset seurantajärjestelmiinsä<sup>1</sup>, ja 18 maata sisällytti myös krooniset tapaukset. Jotkin maat ilmoittivat, että ne keräsivät tapaukset yhdessä ja että akuutin ja kroonisen C-hepatiitin erottamiseen ei ollut saatavilla serologisia merkkiaineita. Se estää eri maissa saatavilla olevien tietojen tulkinnan. 26 maata ilmoitti keränneensä tapauksiin perustuvia tietoja kansallisella tasolla, mutta analyysien toistuvuus vaihtelee maittain. Kliinisen raportoinnin lisäksi 19 maata keräsi tietoja laboratorioista osana seurantajärjestelmäänsä; kymmenen maata ei sisällyttänyt laboratorioiden raportointia. Perustiedot (ikä, sukupuoli, asuinpaikka, sairauden oireiden ilmaantumispäivämäärä, ilmoittamispäivämäärä) kerätään 26 maassa, mutta tietoja yksityiskohtaisesta epidemiologisesta riskistä ja sairauden vaikutuksesta ei usein ole. Puutteellinen ilmoittaminen näyttää olevan yleistä taudin oireettomuuden takia.

### *Epidemiologia Euroopassa*

Vuonna 2007 raportoitujen uusien tapausten määrä 100 000:ta henkilöä kohti 27 jäsenvaltion ilmoitusten mukaan vaihteli nolasta 36:een, ja keskimääräinen ilmoitusaste oli 6,9 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti (AER, ECDC 2009). Raportoitujen hepatiitti C -virustartuntojen määrä EU-/ETA-maissa 100 000:ta henkilöä kohti on noussut 4,5:sta 6,9:ään vuosina 1995–2007. Suuntausten havaitseminen ja vertailujen tekeminen maiden välillä on vaikeaa ja se on tehtävä varovaisesti, koska seurantajärjestelmät ovat huomattavan erilaisia ja viimeaikaiset muutokset saattavat vaikuttaa esitettyihin tietoihin. Hepatiitti C -viruksen osalta tulkintaa haittaa lisäksi tulehduksen oireettomuus, joten ilmoitetut määrät voivat kertoa pikemmin testauskäytännöistä kuin todellisista tapauksista, eikä akuutin ja kroonisen taudin välillä voida tehdä eroa.

Yleisen väestön hepatiitti C -viruksen esiintyvyyttä koskevat tiedot ovat sangen niukkoja; esiintyvyys vaihtelee 2,6 prosentista vuonna 2007 Italiassa 0,12 prosenttiin vuonna 2003 Belgiassa. Suhteellisen korkeasta esiintyvyydestä ilmoitettiin Bulgariassa (1,2 %) ja Slovakiassa (1,56 %). Jäsenvaltioista 11 raportoi suonensisäisten huumeiden käyttäjiä koskevien esiintyvyystietojen vaihtelusta 25:n ja 75 prosentin välillä. Italia raportoi vuosina 2006–2007 alhaisimmasta esiintyvyydestä (10,8–25,6 %) ja Norja korkeimmasta (70 %). Hepatiitti C -viruksen esiintyvyystiedot perustuvat C-hepatiitin serologisiin merkkiaineisiin, mutta siitä ei selviä, mikä väestönosa on kantajia ja siten infektion saaneita.

### *Ehkäisy Euroopassa*

Puolet maista ilmoitti panneensa täytäntöön seulontaohjelmia riskiryhmille: 16 maalla on ohjelmat suonensisäisten huumeiden käyttäjille ja 11:llä vangeille. Edelleen on epäselvää, miten moni maa on pannut täytäntöön ohjelmia terveydenhuollon työntekijöiden infektioasteen valvomiseksi. Näyttää siltä, että riskiryhmille, vaikeasti tavoitettaville väestönosille ja yleiselle väestölle tarvitaan enemmän seulontaohjelmia, mutta ennen minkään toimenpiteen täytäntöönpanoa olisi tehtävä perusteellinen selvitys kustannustehokkuusanalyysin ja tehokkaan hoidon saatavuuden perusteella.

### **Päätelmä**

Tässä raportissa kerättiin ja analysoitiin tietoa 29 EU-/ETA-maasta B- ja C-hepatiitin seuranta- ja ehkäisyohjelmista. Vaikka kaikilla mailla on käytössä järjestelmät, joilla kerätään tietoja kansallisella tasolla, kyseiset järjestelmät eroavat toisistaan sen osalta, miten niissä sovelletaan tapausmäärittelyjä ja hyödynnetään kerättyä tietoa.

Koska virushepatiitti on yleinen tauti, josta ei useinkaan raportoida riittävästi, tässä raportissa pyritään tekemään yhteenveto uusimmista EU:n tasolla saatavilla olevista esiintyvyystiedoista. Saatavilla olevien esiintyvyystietojen yhtenäistäminen maiden tietojen vertailukelpoisuuden parantamiseksi on valtava haaste lähivuosina

<sup>1</sup> Ranskassa tutkittiin akuutteja varmennettuja tapauksia vain vuosina 2006 ja 2007 ja erityisväestönosan osalta, esimerkiksi HIV-tartunnan saaneet miehet, jotka harrastavat seksiä miesten kanssa.

# ECDC:n ohjeet

## 3 Invasiivisen meningokokkitaudin satunnaisia tapauksia ja niiden kontakteja koskeva julkinen terveydenhuolto

(Julkaistu lokakuussa 2010)

*Neisseria meningitidis* on yleinen nielun limakalvojen kommensaalinen bakteeri. Kyseinen organismi voi aiheuttaa invasiivisen meningokokkitaudin, joka ilmenee tavallisesti meningiittinä, verenmyrkytyksenä tai molempina. Satunnaista invasiivista meningokokkitautia koskeva julkinen terveydenhuolto on valitettavasti hyvin vaihtelevaa Euroopassa, ja se voi johtua osittain ehkäisytoimenpiteiden tehokkuuteen liittyvästä epävarmuudesta.

Tämän asiakirjan tavoitteena on antaa näyttöön perustuvaa ohjausta meningokokkitaudin satunnaistapausten ja niiden kontaktien julkisesta terveydenhuollosta. Lisäksi sen tavoitteena on auttaa kaikkia Euroopan maita tekemään päätöksiä asianmukaisista toimenpiteistä meningokokkitaudin valvomiseksi ja ehkäisemiseksi kansallisella ja alueellisella tasolla. Tämän ohjausasiakirjan pitäisi auttaa Euroopan maita tarkistamaan omia toimenpiteitään meningokokkitautia koskevassa julkisessa terveydenhuollossa ja mikrobiologisessa diagnoosissa. Vaikka tässä esitetyt tulokset eivät sisällä ohjeita altistuneiden terveydenhuollon työntekijöiden hoidosta tai yhteisön laajuisen esiintymisen hallinnasta, siinä katetaan seuraavat asiaankuuluvat alat:

- laboratoriotestit, joilla varmennetaan invasiivisen meningokokkitaudin diagnoosi
- antibioottien käyttö sairaalasta kotiuduttaessa
- kemoprofylaksi lähikontakteille eri oloissa
- antibioottien valinta kemoprofylaksia varten eri ryhmille (aikuiset, lapset, raskaana olevat naiset)
- meningokokkikrokotteiden käyttö kemoprofylaksin lisäksi.

Tieteellisen näytön laadun lisäksi päätelmissä otetaan huomioon mahdolliset edut ja haitat, arvot, taakat ja kustannukset.

### Tulokset

Päätelmät perustuvat parhaiden käytettävissä olevien nykyisten näyttöjen järjestelmälliseen katsaukseen ja kriittiseen arviointiin. Yksityiskohtaisemman katsauksen saa asiakirjan tekstistä.

#### 1. Mitä laboratoriotestejä suositellaan invasiivisen meningokokkitaudin tarkkaa (herkkää, spesifiä) ja nopeaa diagnoosia varten?

Tutkimuskysymys: Mitkä ovat herkimmät ja spesifimmät laboratoriotestit invasiivisen meningokokkitaudin diagnoosin varmentamiseksi?

- Kohtuullisen laadukkaan näytön perusteella polymeraasiketjureaktion (PCR) ja viljelyn olisi oltava suositeltavia diagnoositestejä. Meningokokkitautia koskevia diagnooseja tekevillä mikrobiologisilla laboratorioilla pitäisi olla mahdollisuus tehdä PCR-testausta, jos se on logistisesti ja taloudellisesti toteuttamiskelpoista. Tapauksissa, joissa mikrobilääkehoito on jo aloitettu, ihobiopsian/-aspiraatin PCR-testaus lisänäytteenä veri-/aivo-selkäydinnesteelle voisi – heikkolaatuisen näytön perusteella – lisätä diagnoosin herkkyyttä potilailla, joilla on ihovaurioita.

#### 2. Pitäisikö antibiootteja antaa sairaalahoidossa käytettyjen antibioottien lisäksi invasiivisen meningokokkitaudin tapauksessa sairaalasta kotiuduttaessa?

Tutkimuskysymys: Onko antibioottien määrääminen invasiivisen meningokokkitaudin kantajille tehokasta jälkisairauksien ehkäisemiseksi sairaalasta kotiuduttaessa verrattuna siihen, että kotiuduttaessa ei määrätä antibiootteja?

- Antibioottien määräämistä invasiivisen meningokokkitaudin kantajan kotiutuessa sairaalasta puoltavan tai vastustavan näytön laatu on erittäin matala. Koska näyttö lähikontakteille annettun kemoprofylaksin tehokkuudesta on kohtuullisen laadukas ja koska toimien kustannukset ovat suhteellisen alaiset, välittymisen ehkäiseviä antibiootteja pitäisi tarjota, jos niitä ei ole jo käytetty hoidossa.

#### 3. Pitäisikö kemoprofylaksia antaa ihmisille, jotka asuvat samassa taloudessa tai joilla on vastaavat kontaktit invasiivista meningokokkitautia kantavaan potilaaseen?

Tutkimuskysymys: Miten tehokasta kemoprofylaksin antaminen on niille, jotka asuvat samassa taloudessa invasiivista meningokokkitautia kantavan potilaan kanssa, estettäessä kyseisten kontaktien sairastumista?

- Havaintotutkimuksista saadun kohtuullisen laadukkaan näytön perusteella invasiivista meningokokkitautia kantavien potilaiden kanssa samassa taloudessa asuville ihmisille pitäisi tarjota kemoprofylaksia ja antibioottihoitoa välittymisen ehkäisemiseksi.

#### **4. Pitäisikö kemoprofylaksia antaa lapsille tai oppilaille, jotka käyvät samaa esikoulua, koulua tai lukiota kuin invasiivista meningokokkitautia kantava henkilö?**

Tutkimuskysymys: Miten tehokasta lähikontakteille annettu kemoprofylaksi on esikoulussa, koulussa ja lukiossa havaitun invasiivisen meningokokkitaudin tapauksessa uusien tapausten ehkäisemiseksi?

- Heikkolaatuisen näytön perusteella niille, jotka käyvät samaa esikoulua kuin invasiivista meningokokkitautia kantava henkilö, pitäisi tarjota kemoprofylaksia riskinarvioinnin perusteella. Saman koulun/lukion käymisen invasiivista meningokokkitautia kantavan henkilön kanssa ei pitäisi automaattisesti johtaa kemoprofylaksin antamiseen.

#### **5. Pitäisikö kemoprofylaksia antaa ihmisille, jotka ovat käyttäneet samoja juoma-astioita invasiivista meningokokkitautia kantavien ihmisten kanssa?**

Tutkimuskysymys: Miten tehokasta kemoprofylaksi on annettuna ihmisille, jotka ovat käyttäneet samoja juoma-astioita (tai joilla on ollut vastaavat kontaktit, esimerkiksi polttaneet samaa savuketta, käyttäneet samoja ruokailuvälineitä) kuin invasiivista meningokokkitautia kantavat ihmiset estettäessä lisätapauksia kyseisillä kontakteilla?

- Heikkolaatuisen näytön perusteella samojen juoma-astioiden käyttämisen, saman savukkeen polttamisen tai vastaavien kontaktien invasiivista meningokokkitautia kantavan ihmisen kanssa ei pitäisi automaattisesti johtaa kemoprofylaksiin.

#### **6. Pitäisikö kemoprofylaksia antaa ihmisille, jotka käyttävät samaa liikennevälinettä (esimerkiksi lentokonetta, laivaa, linja-autoa, autoa) kuin invasiivista meningokokkitautia kantava ihminen?**

Tutkimuskysymys: Miten tehokasta kemoprofylaksi on annettuna ihmisille, jotka käyttävät samaa liikennevälinettä invasiivista meningokokkitautia kantavan potilaan kanssa estettäessä lisätapauksia kyseisillä kontakteilla?

- Tällä hetkellä saatavilla oleva näyttö on hyvin heikkolaatuista. Tämän näytön perusteella välittymisen vaaraa eri liikennevälineissä ei voida määritellä. Kyseisissä oloissa ei ole varmennettu jälkitapauksia. Saman liikennevälineen käyttämisen invasiivista meningokokkitautia kantava henkilön kanssa ei pitäisi automaattisesti johtaa kemoprofylaksin antamiseen.

#### **7. Mitä antibioottikuureja suositellaan aikuisten, lasten ja raskaana olevien naisten kemoprofylaksia varten?**

Tutkimuskysymys: Mitkä antibioottihoidot ovat tehokkaimpia välittymisen estämiseksi aikuisilla, lapsilla ja raskaana olevilla naisilla?

- Kohtuullisen laadukkaan ja korkealaatuisen näytön perusteella rifampisiinia, siprofloksakiinia, keftriaksonia ja kefiksiimia voidaan käyttää aikuisten ja lasten profylaksia varten. Mikään hoito ei näytä olevan toista parempi, mutta siprofloksakiinia, azitromysiiniä ja keftriaksonia voidaan antaa yksittäisannoksina. Rifampisiinin käytön jälkeen on ilmoitettu resistenssin kehitymisestä.

#### **8. Pitäisikö invasiivista meningokokkitautia kantavien ihmisten kontakteille tarjota tarvittaessa myös meningokokkrokote?**

Tutkimuskysymys: Miten tehokas kemoprofylaksin lisäksi annettu rokote on invasiivista meningokokkitautia kantavan ihmisen saman talouden kontakteille estettäessä näiden lisätapauksia?

- Tällä hetkellä saatavilla olevan näytön laatu on hyvin heikko, ja seuraavat päätelmät perustuvat välilliseen näyttöön. Jos meningokokkitaudin on aiheuttanut kanta, joka voidaan ehkäistä saatavilla olevalla lisensoidulla rokotteella, saman kotitalouden kontakteille olisi annettava rokote kemoprofylaksin lisäksi, ellei heitä ole jo katsottu immuuneiksi.

## 4 HIV-testaus: käytön ja tehokkuuden lisääminen Euroopan unionissa

(Julkaistu lokakuussa 2010)

### Tämän ohjeen soveltamisala ja tavoite

Tämän näyttöön perustuvan ohjeen tarkoituksena on tiedottaa kansallisten HIV-testausstrategioiden tai -ohjelmien kehityksestä, valvonnasta ja arvioinnista Euroopan unionin (EU) ja Euroopan talousalueen (ETA) maissa.

#### *Miksi HIV-testaus on tärkeää?*

HIV-tartunnan saaneiden ihmisten määrä kasvaa koko Euroopassa, ja monessa maassa on havaittu myöhäistä diagnoosia koskeva ongelma. On olemassa vahvaa näyttöä siitä, että varhaisempi hoito vähentää sairastuneisuutta ja kuolleisuutta, mutta monet HIV-tartunnan saaneet ihmiset jäävät diagnosoimatta infektion myöhäiseen vaiheeseen asti. Koska HIV-infektio voi olla miltei oireeton monen vuoden ajan, testaus on ainoa tapa saada varhainen diagnoosi, jonka perusteella hoito voidaan aloittaa. Varhain diagnosoidut ihmiset saattavat myös levittää tartuntaa epätodennäköisemmin, koska hoito vähentää viruksen tarttuvuutta ja koska he muuttavat myös seksuaalista käyttäytymistään ja suonensisäisten huumeiden käyttöön. Äiti-lapsi-tartuntoja voidaan ehkäistä tehokkaasti HIV-testauksella ja raskaana olevien naisten hoidolla. HIV:n varhaisella diagnosoinnilla on siten suuria etuja sekä yksittäiselle ihmiselle että yhteisölle, ja se on kansanterveyden ehdoton prioriteetti.

#### *Kansallisten HIV-testausstrategioiden ydinperiaatteet*

##### **HIV-testauksen olisi oltava vapaaehtoista, luottamuksellista, ja se olisi tehtävä tietoon perustuvan suostumuksen nojalla**

Kaikkien olisi päästävä helposti vapaaehtoiseen testaukseen, ja tarvitaan erityisjärjestelyjä testauksen järjestämiseksi ryhmille, joilla on suurin riski saada HIV ja jotka ovat sille alttiimpia. Näitä ovat muun muassa ihmiset, jotka elävät yhteiskunnan ulkopuolella tai jotka ovat syrjäytyneet yhteiskunnasta, ja heidän pääsyään testaukseen olisi edistettävä painostamatta heitä tai rikkomatta luottamusta.

##### **Hoito- ja ehkäisypalvelujen saatavuuden varmistaminen**

Suurin HIV-testauksen yksittäinen etu on hoitoon pääsy. Hoito-, ehkäisy- ja tukipalvelujen yleisen saatavuuden sekä selkeiden hoito-ohjelmien tarjoamisen on oltava kansallisten HIV-testausstrategioiden kulmakivi.

##### **Poliittisen sitoutumisen osoittaminen**

Vaikutusten aikaansaamiseksi hallituksen on tehtävä HIV-testausohjelmasta painopisteala. Sitä on tuettava taloudellisilla investoinneilla ja valvonnalla, jolla varmistetaan, että varat käytetään kustannustehokkaasti.

##### **Leimaamisen vähentäminen**

HIV:hen edelleen liittyvä leimaaminen on este testaukselle, erityisesti yhteisöissä, jotka itse ovat leimattuja, ja terveydenhuollon työntekijöiden keskuudessa. Testauksen "normalisointi", eli prosessin saaminen muistuttamaan enemmän muita seulonta- ja diagnosointitestejä, voi auttaa torjumaan sitä, vaikka testauksen on säilyttävä vapaaehtoisena.

##### **Oikeudellisten ja taloudellisten esteiden poistaminen**

Testausstrategioissa olisi löydettävä tapoja poistaa testauksen oikeudelliset ja taloudelliset esteet. Kyseisiä esteitä voivat olla HIV:n levittämisestä johtuvaa rikoskannetta koskevat toimet ja vaatimukset maksaa hoito, kun siihen ei ole varaa. Lukuun ottamatta veren ja kudosten luovutuksen pakollista testausta olisi harkittava syrjinnänvastaista lainsäädäntöä ja toimia, joilla estetään minkä tahansa ryhmän missä tahansa olosuhteissa tehtävä pakollinen testaus.

##### **HIV-testiin pääsystä olennainen osa kansallisia strategioita**

Kaikkien HIV:n, muiden sukupuoliteitse tarttuvien infektioiden, virushepatiitin, tuberkuloosin ja muiden HIV:hen liittyvien sairauksien ehkäisyä ja hoitoa koskevien kansallisten strategioiden on sisällettävä keskeisenä osana asianmukaisesti kohdennettu HIV-testaus. Mahdollisuudet lisätä vapaaehtoisen ja luottamuksellisen HIV-testauksen saatavuutta ja käyttöä olisi myös määritettävä muiden asiaankuuluvien kansallisten strategioiden yhteydessä, esimerkiksi raskaana oleville naisille, huumeiden käyttäjille, seksityöntekijöille tai vankiloiden terveydenhuollon työntekijöille kohdennetuissa ohjelmissa.

##### **HIV-testausstrategian kehittäminen ja täytäntöönpano ja sidosryhmien osallistuminen**

Käytetään HIV:stä ja siihen liittyvistä kysymyksistä saatavilla olevaa tietoa kansallisesti ja paikallisesti selvittämään, mitä on saavutettava ja mitä on tehtävä ensisijaisesti. Tiivistetään tämä strategiseksi päämääräksi ja tavoitteiksi, jotta kaikki, jotka ovat mukana tai joihin tämä vaikuttaa, ymmärtävät sen samalla tavoin. Strategian kehittäminen edellyttää kaikkien tärkeimpien sidosryhmien osallistumista, jotta yhteisten tavoitteiden ympärille

voidaan rakentaa yhteenliittymä, johon kuuluvat HIV:n kanssa elävät ihmiset, niiden yhteisöjen edustajat, joihin HIV vaikuttaa eniten, kansalaisyhteiskunta, ennaltaehkäisystä vastaavat virastot, asiantuntijat, joilla on kokemusta HIV-testauksesta ja muut, jotka ovat mukana strategian täytäntöönpanossa.

## Kansallisen HIV-testausstrategian kehittäminen

### *Keitä testataan?*

On tunnettava epidemia ja määritettävä suurimmassa riskissä olevat ryhmät. Tehokas kansallinen lähestymistapa HIV-testaukseen edellyttää epidemian ymmärtämistä paikallisella ja kansallisella tasolla. Testausohjelmilla pitäisi pyrkiä tavoittamaan infektoriskissä olevat ja asettamaan suurimmassa riskissä olevat tärkeysjärjestykseen.

Tehdään yhteenveto seurantatiedoista ja muista asiaankuuluvista tiedoista, mukaan luettuna tiedot diagnosoimattomista HIV-tapauksista ja myöhäisistä diagnooseista, jotta pystytään ymmärtämään paremmin epidemiaan ja aikaan liittyviä suuntauksia alueellisella ja kansallisella tasolla. Joillakin ryhmillä on erityinen riski saada HIV, muun muassa miehillä, jotka harrastavat seksiä miesten kanssa, suonensisäisiä huumeita käyttävillä, siirtolaisilla, erityisesti maista, joissa esiintyvyys on korkeampi, kaikkiin näihin ryhmiin kuuluvien henkilöiden seksikumppaneilla ja HIV-positiivisten äitien lapsilla. Kyseiset väestöosat ja/tai heidän riskinsä salataan ja leimataan usein. On tehtävä erityistutkimuksia, jotta saadaan selville HIV:n taso näiden ryhmien keskuudessa, heidän HIV-testauksensa taso ja asiaankuuluvat tiedot, asenteet ja käytös, jotta toimenpiteistä voidaan tiedottaa ja lisätä siten ryhmien HIV-testauksen käyttöä.

Olisi myös tarkastettavat täydentävät tiedot yleisen väestön sekä HIV-riskissä olevien ryhmien muista sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ja seksuaalisesta käyttäytymisestä ja suonensisäisten huumeiden käytöstä.

### *Missä testataan?*

#### **Logistiset kysymykset**

Suunnitellaan, miten HIV-testausohjelma pannaan täytäntöön ja ratkaistaan logistiset haasteet. Niitä voivat olla muun muassa se, miten terveydenhuoltojärjestelmä toteutetaan, onko terveydenhoitoon vapaa pääsy, yhteisöpalvelujen valmiudet, neuvonta ja tuki, se, miten varmistetaan, että hoito-ohjelmat ovat käytössä HIV-hoidon saamiseksi, ja miten voidaan taata luottamuksellisuus.

#### **Testauksen mahdollistaminen erilaisissa oloissa**

Hyödynnetään tietoa epidemiasta ja riskiryhmistä, jotta voidaan tehdä tietoon perustuvia päätöksiä siitä, missä HIV-testaus järjestetään. Otetaan myös huomioon, kuka pääsee tällä hetkellä HIV-testaukseen ja missä oloissa. Tarpeiden moninaisuuden ja testausta koskevien esteiden vuoksi olisi tarjottava monia palveluja saatavuuden parantamiseksi mahdollisimman paljon. Määritetään tarvittavat toimet uusien palvelujen kehittämiseksi tai käytäntöjen muuttamiseksi nykyisissä terveydenhuolto- tai yhteisöpalveluissa. Arvioidaan, olisiko mahdollista lieventää määräyksiä, jotka voivat olla esteenä yhteisössä tapahtuvalle testaukselle, muun muassa vieritutkimusten käyttö tai vaatimus, jonka mukaan vain erityiset alan ammattilaiset voivat tehdä testejä, vaarantamatta testauksen laatua.

#### **Tavoite HIV-testauksen tarjoamisesta**

- kohdennetut HIV-testauspalvelut, jotta voidaan tarjota helppo ja turvallinen pääsy pelkästään HIV-testaukseen tai sen lisäksi muihin testeihin
- olot, joissa HIV-testausta olisi tarjottava yleisesti: palvelut riskialttiille ihmisille (sukupuoliteitse tarttuvia tauteja ja suonensisäisten huumeiden käyttäjiä koskevat palvelut), raskaudenaikaiset palvelut, kliinistä diagnoosia koskevat palvelut ja HIV:hen liittyvien sairauksien hoito ja muut olot, joissa diagnosoimattoman HIV:n esiintymisen tiedetään tai arvioidaan olevan suuri
- kaikki muut terveydenhuolto-olot, joissa ihmisten pitäisi voida pyytää testausta tai joissa terveydenhuollon ammattilaisten pitäisi olla valmiita tarjoamaan sitä ja huomaamaan valppaasti, milloin sitä tarvitaan
- testauspaikat yhteisössä, myös tukipalvelut, jotta voidaan tavoittaa ihmiset, joilla on suuri riski saada HIV-tartunta ja jotka saattavat olla yhteiskunnan ulkopuolella tai syrjäytyneitä ja jotka eivät ole kosketuksissa perinteisiin terveydenhuoltopalveluihin kyseisiä palveluja olisi kehitettävä yhdessä kohdeväestönsien kanssa.

### *Milloin testataan?*

#### **Ohjeet testien toistuvuudesta**

Ihmisille, joiden käyttäytyminen on riskialtista, suositellaan testausta muita useammin. Joissakin maissa esimerkiksi suositellaan, että miesten kanssa seksiä harrastavat miehet olisi testattava vuosittain tai useammin heidän seksuaalisesta käyttäytymisestään riippuen. Euroopan huumausaineiden ja niiden väärinkäytön seurantakeskuksen (EMCDDA) nykyisissä ohjeissa suositellaan testien säännöllistä tarjoamista suonensisäisten huumeiden käyttäjille vähintään joka kuudes tai 12. kuukausi.

## ***Miten testataan?***

### **Yleisölle tiedottaminen**

Yleisön ja erityisesti suuremmissa HIV-tartuntavaarassa olevien ryhmien on ymmärrettävä HIV-testauksen edut, jotta ne menisivät HIV-testeihin ja hyväksyisivät ne. Viestinnässä on omaksuttava strateginen lähestymistapa, jossa käytetään monia erilaisia kanavia. Mieliopidejohtajien, kuten poliitikkojen, yhteisön johtajien ja julkisuuden henkilöiden, näkyvää ja korkean tason tukea ja myönteistä ja tarkkaa näkyvyyttä tiedotusvälineissä voidaan kaikkia käyttää lisäämään tietoisuutta.

### **Luottamuksellisuuden takaaminen**

Luottamuksellisuus on terveydenhoidon perusperiaate, mutta HIV-testauksessa se on olennaisen tärkeää HIV:hen liitetyn leiman takia ja sitä mahdollisesti levittävien käytösmallien takia. Siksi olisi noudatettava asiaankuuluvia ammatillisia ohjeita ja kansallisia oikeudellisia vaatimuksia. Luottamuksen puute voi olla esteenä HIV-testauspalvelujen saatavuudelle. Luottamuksellisuutta koskevat selkeät toimet ja tiedottaminen testausoloja koskevista toimista voivat auttaa poistamaan tämän esteen. HIV-testit olisi aina tehtävä ja niistä olisi keskusteltava yksityisesti. Mahdollisuuden nimettömään testaukseen pitäisi olla saatavilla.

### **Terveydenhuollon ammattilaisten tiedottaminen ja työntekijöiden kouluttaminen**

Terveydenhuollon ammattilaisten HIV-testausta koskevia tietoja, luottamusta ja valmiuksia voidaan parantaa kouluttamalla. Kaikki asianmukaisesti koulutetut ja ammattitaitoiset terveydenhuollon työntekijät voivat tehdä HIV-testin, ja HIV-testauksen laajentaminen edellyttää enemmän työntekijöitä, jotka osaavat ja pystyvät tekemään sen. Myös asianmukaisesti koulutettu muu kuin terveydenhuollon työntekijä, jolla on laadunvarmistus, voi tehdä HIV-testin. Työntekijöiden on ymmärrettävä HIV-testauksen edut ja poistettava esteet, jotka haittaavat heidän kykyään ja valmiuttaan tehdä testejä. Niitä ovat muun muassa luottamuksen puute, vaikeudet puhua seksistä tai leimatuista käyttäytymismalleista, pelko kertoa positiivisesta tuloksesta ja syrjivät asenteet niitä ihmisiä kohtaan, joilla on riski saada HIV-tartunta tai joilla se on.

### **Testiä edeltävä keskustelu**

Testiä edeltävä lyhyt keskustelu, joka kattaa testauksen edut ja testin tekemisen ja tulosten saamisen käytännön järjestelyt, on osoittautunut hyväksyttäväksi ja tehokkaaksi tavaksi auttaa lisäämään testien käyttöä. Tärkeimpänä tavoitteena on varmistaa tietoon perustuva suostumus, joka olisi kirjattava mutta jonka ei tarvitse sisältää allekirjoitettua kirjallista suostumusta. Se on yhdenmukainen muiden lääketieteellisten tutkimusten kanssa ja osa HIV-testauksen normalisointia. HIV-testin tekeminen ei edellytä yksityiskohtaista kertomusta aiemmasta sukupuolielämästä tai suonensisäisten huumeiden käytöstä. Tiettyjen henkilöiden kohdalla tai seksuaaliterveyspalveluja ja/tai huumeiden käyttäjien palveluja tarjoavissa toimipisteissä voidaan käyttää lyhyttä riskinarviointia tai kattavampaa neuvontaa ennen testausta, esimerkiksi, jos riskille altistutaan jatkuvasti. Kattavan neuvonnan pitäisi olla aina saatavilla, ja henkilökunnan tulee tietää, miten ohjata ihmiset ammattitaitoisen henkilön haastateltavaksi.

### **Asianmukaisten testaustekniikoiden käyttö**

Määritetään saatavilla olevat HIV-testit ja arvioidaan kunkin niiden edut eri oloissa tapahtuvan testaamisen osalta, mukaan luettuna pikatestit (vieritestit). Testaustekniikka kehittyi jatkuvasti, ja olisi pyrittävä saamaan asiantuntijoiden neuvontaa, jotta testien valintaan sovelletaan säännöllisiä tarkastuksia. Kaikki reaktiiviset testit olisi vahvistettava, ja tätä koskevia WHO:n suuntaviivoja olisi noudatettava. Diagnostisen testauksen laadunvarmistuksen vähimmäisvaatimusten soveltamista koskevat kansalliset suuntaviivat ovat olennaisia korkealaatuisen käytännön ja metodologisen standardoinnin ja luotettavuuden takaamiseksi.

### **Tulokset annetaan aina**

Riippumatta siitä, onko tulos positiivinen vai negatiivinen, olisi tehtävä kaikki mahdollinen, jotta HIV-testin tehneille ihmisille tiedotetaan tuloksesta. Kun tulos on positiivinen, varmistetaan, että testin jälkeistä neuvontaa varten on saatavilla henkilökuntaa ja että hoitoa varten on myös käytössä yhteydet asianmukaisiin HIV:n hoito- ja tukipalveluihin. Ihmiset, joilla on suuri riski saada HIV-tartunta ja joiden testitulokset on negatiivinen, voivat myös hyötyä neuvonnasta ja ohjauksesta asianmukaisiin ennaltaehkäisy palveluihin.

## ***HIV:n hoidon ja ennaltaehkäisyn saatavuuden varmistaminen***

### **Antiretroviraalisen hoidon saatavuus**

On olennaisen tärkeää, että kaikissa HIV-testausohjelmissa on selkeät mekanismit, joilla varmistetaan, että positiivisen testituloksen saaneet ihmiset otetaan mukaan HIV-hoitoon. Koko Euroopassa olisi oltava yleinen pääsy antiretroviraaliseen hoitoon. Maksukyvyttömyys ei saisi estää pääsyä hoitoon, ja tämän yleistä pääsyä koskevan esteen poistamiseksi on löydettävä ratkaisuja. Kaikilla HIV-testauspaikoilla olisi oltava saatavilla hoito-ohjelmia, jotta voidaan varmistaa, että ihmiset saavat asiantuntijan neuvontaa heti saatuaan positiivisen HIV-testituloksen. Tämän neuvonnan olisi sisällettävä arviointi siitä, milloin antiretroviraalinen hoito aloitetaan ja mitä muita terveys-, sosiaaliturva- ja tukitoimia tarvitaan.

### Psykologisen tuen ja ennaltaehkäisy palvelujen saatavuus

Positiivisen testituloksen jälkeen pitäisi olla välittömästi saatavilla psykososiaalista tukea. Kun positiivisen testituloksen saaneita ihmisiä ohjataan asiantuntijalle, sen olisi aina sisällettävä tuki HIV:n lisätartuntojen ehkäisyyn. Negatiivisen testituloksen saaneet ihmiset pitäisi myös voida ohjata HIV:n ehkäisyä koskevaan neuvontaan ja tukeen, jos altistumiseen on edelleen huomattava riski tai jos he sitä pyytävät.

### Jatkotoimenpiteet valvonta ja seuranta

Valvonta ja seuranta (M&E) on olennainen osa HIV-testausohjelmaa, ja sillä varmistetaan, että ohjelma on tarkoituksenmukainen ja että HIV-testaus on korkealaatuista. Hyvin suunnitellulla M&E-järjestelmällä tiedotetaan toimista, parannetaan toimenpiteiden laatua ja tehokkuutta ja ohjataan siten ohjelman tulevaa resurssien osoittamista. Kansalliset seurantatiedot sisältävät uudet diagnoosit ja niiden henkilöiden osuuden, jotka tulevat testiin myöhään. Diagnoosimattomia tapauksia koskevat arviot ovat tärkeitä ohjelman vaikutuksen arvioimiseksi. Testauksen laajentaminen uusiin oloihin edellyttää vakaata valvontaa ja seurantaa korkealaatuisen HIV-testauksen takaamiseksi. HIV-testauksen edistämistä koskevien paikallisten toimenpiteiden menestystä voidaan arvioida viiden perusteen nojalla: toteuttamiskelpoisuus (Feasibility), hyväksyttävyyys (Acceptability), tehokkuus ja kustannustehokkuus (effectiveness and Cost-effectiveness), kohderyhmien saavutettavuus (Target populations are reached) ja kestävyys (Sustainability) (FACTS). Selkeät, hyvin määritellyt ja mitattavissa olevat indikaattorit voivat auttaa näiden perusteiden valvonnassa ja tarjota vakiomenetelmän tulosten raportointiin paikallisella ja kansallisella (sekä kansainvälisellä) tasolla.

# Valvontaraportit

## 5 Tuberkuloosin valvonta vuonna 2008

(Julkaistu maaliskuussa 2010)

Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus (ECDC) ja WHO:n Euroopan aluetoimisto ovat 1. tammikuuta 2008 lähtien vastanneet yhdessä tuberkuloosin valvonnan koordinoinnista Euroopassa. Niiden tavoitteena on esittää kaikista WHO:n Euroopan alueen 53 maasta ja Liechtensteinista laadukkaita ja standardoituja tuberkuloositietoja.

### WHO:n Euroopan alue

Vuonna 2008 Euroopan alueen 54 maasta 50<sup>2</sup> ilmoitti yhteensä 461 645 tuberkuloositapauksesta (52,2 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti), mikä on noin kuusi prosenttia WHO:lle koko maailmasta ilmoitetuista tapauksista. Tuberkuloosin ilmoitusasteet Euroopan alueella ovat yleisesti laskeneet jatkuvasti vuodesta 2004 lähtien. Yleiset tuberkuloosin ilmoitusasteet 18 ensisijaisessa maassa (HPC)<sup>3</sup> laskivat edelliseen vuoteen verrattuna kuitenkin 3,9–87,6 prosenttia kaikista tuberkuloositapauksista ja koko alueella yleinen ilmoitusaste laski 2,6 prosenttia vuosina 2007–2008. Neljän prosentin lasku vuodesta 2007 alkaen uusissa havaituissa tuberkuloositapauksissa kertoo tuberkuloosin leviämisen vähenemisestä alueella. Aiemmin hoidettujen tapausten osuus on myös laskenut vuodesta 2007 alkaen 31,7 prosentista 29,8 prosenttiin.

Alueen ikäryhmä, jossa uusien havaittujen tuberkuloositapausten määrä on suurin (42,0 %), on 25–44-vuotiaat.

Ilmoitettujen tuberkuloositapausten, joihin liittyy HIV-tartunta, määrä miltei kaksinkertaistui 5 828 tapauksesta vuonna 2006 11 395 tapaukseen vuonna 2008, koska ensisijaisissa maissa lisättiin testausta osana tuberkuloosipotilaiden tehostettuja HIV-hoitopalveluja. Ensisijaisten maiden ulkopuolella ei tänä aikana havaittu huomattavaa lisäystä ilmoitetuissa tuberkuloositapauksissa, joihin liittyy HIV-tartunta.

Koko alueella vuonna 2008 ilmoitettujen monilääkeresistenssin tuberkuloosin (MDR TB) tapausten kokonaismäärä on kaksinkertaistunut edellisestä vuodesta, koska lääkeherkkyydestä (DST) on parannettu, ja MDR TB -tapauksen esiintyvyys uusista tuberkuloositapauksista oli 11,1 prosenttia. MDR TB -tapauksia koskeva suurin taakka alueella on ensisijaisissa maissa, joissa uusien diagnosoitujen tapausten esiintyvyys oli 13,8 prosenttia, viisi kertaa korkeampi kuin EU-/ETA-maissa ilmoitettu esiintyvyys, ja yli 50 prosenttia aiemmin diagnosoiduista tapauksista, mikä on kaksi kertaa enemmän kuin EU-/ETA-maissa.

Havaittujen uusien laboratoriossa varmennettujen tuberkuloositapausten hoidon onnistumisaste vuonna 2007 on laskenut 70,7 prosentin tasolle (verrattuna 73,1 prosenttiin vuonna 2006 rekisteröidyistä tapauksista); 9,0 prosenttia ilmoitettiin epäonnistuneena hoitona, 8,4 prosenttia kuoli ja 6,9 prosenttia hoidosta keskeytyi. Muissa kuin EU-/ETA-maissa hoidon onnistumisaste on matalampi kuin EU-/ETA-maissa:

67,5 prosenttia verrattuna 79,5 prosenttiin. Hoito 18 ensisijaisessa maassa onnistui vain 69,2 prosentissa uusista havaituista laboratoriossa varmennetuista tuberkuloositapauksista, mikä jää kauaksi "Stop TB" -strategian 85 prosentin tavoitteesta.

Tuberkuloosin kuolleisuusaste on laskenut 45 prosenttia 9,0:sta 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2005 5,0:aan 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2007. EU-/ETA-maissa ja ensisijaisissa maissa havaittiin samanlaisia suhteellisia vähennyksiä. Kuolleisuus ensisijaisissa maissa pysyi kuitenkin miltei 15 kertaa korkeampana kuin EU-/ETA-maissa.

### Euroopan unionin ja Euroopan talousalueen maat<sup>4</sup>

Vuonna 2008 ilmoitettiin 82 611 tuberkuloositapauksesta 26:ssa Euroopan unionin (EU) maassa (kaikki paitsi Itävalta) ja kahdessa muussa Euroopan talousalueen (ETA) maassa (Islanti ja Norja), missä on 615 tapauksen lasku verrattuna vuoteen 2007. Yli 80 prosenttia tapauksista oli kahdeksassa maassa, jotka kukin ilmoittivat vähintään 3 000 tapauksesta (Bulgaria, Espanja, Italia, Puola, Ranska, Romania, Saksa ja Yhdistynyt kuningaskunta).

<sup>2</sup> Monacosta, San Marinosta, Itävaltasta ja Liechtensteinista ei ole tietoja. Liechtenstein on sisällytetty raporttiin, mutta se on mukana vain ETA-maana, koska se ei ole WHO:n Euroopan alueen jäsenvaltio.

<sup>3</sup> Armenia, Azerbaidžan, Bulgaria, Georgia, Kazakstan, Kirgisia, Latvia, Liettua, Moldova, Romania, Tadžikistan, Turkki, Turkmenistan, Ukraina, Uzbekistan, Valko-Venäjä, Venäjä, Viro.

<sup>4</sup> EU:n 27 jäsenvaltiota, Islanti, Liechtenstein ja Norja.



Vuoden 2008 yleinen ilmoitusaste oli 16,7 prosenttia 100 000:ta henkilöä kohti, ja 21 maan ilmoitusasteet olivat alle 20 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti ja yli 20 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti Romaniassa (115,1) ja Baltian maissa – Liettuassa (66,8), Latviassa (47,1), Virossa (33,1) – Bulgariassa (41,2), Portugalissa (28,2) ja Puolassa (21,2). Yleinen ilmoitusaste oli 1,2 prosenttia alhaisempi kuin vuonna 2007 (28 ilmoittaneen maan osalta), mikä kertoo selkeästä laskusuunnasta 17 maassa.

Huomattavaa kasvua havaittiin kuitenkin Maltassa (28,8 %), Islannissa (19,8 %) ja Kyproksessa (12,2 %) ja jonkin verran kasvua havaittiin Ruotsissa (4,9 %) ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa (2,8 %), enimmäkseen ulkomaalaisten ryhmässä. Vuonna 2008 22,4 prosenttia tapauksista (maiden vaihteluväli: 0–88 %) oli ulkomaalaisia, joista yli kaksi kolmasosaa oli kotoisin Aasiasta tai Afrikasta.

HIV:n esiintyvyys tuberkuloositapausten joukossa vuosina 2006–2008 kasvoi Virossa (9,0 prosentista 9,9 prosenttiin), Latviassa (3,4 prosentista 6,7 prosenttiin) ja Maltassa (3,7 prosentista 9,4 prosenttiin). Muiden tietoja toimittaneiden maiden osalta HIV:n esiintyvyys tuberkuloositapausten joukossa oli kuudessa maassa enintään yksi prosentti, kolmessa muussa maassa 2–5 prosenttia, kahdessa maassa 5–8 prosenttia ja yhdessä maassa 14,6 prosenttia.

Monilääkeresistenssi oli edelleen yleisintä Baltian maissa (primaari ja sekundaari MDR: 15,6–21,3 %), ja sen jälkeen Romaniassa, josta tulokset ilmoitettiin ensimmäistä kertaa (14,7 %). Muut maat ilmoittivat alhaisemmista MDR:n tasoista (0–5 %), ja niissä sitä esiintyi yleensä enemmän ulkomaalaisilla. Äärimmäisen vastustuskykyisestä tuberkuloosikannasta (XDR) ilmoittaneista 14 maasta Romanialla oli suurimmat luvut (yhteensä 54 tapausta), kun taas Latvialla ja Virolla oli suurin osuus XDR-tapauksia MDR-tapauksista (14,7 ja 12,2 %), ja Latviassa havaittiin vuoteen 2007 verrattuna jyrkkä nousu kuudesta tapauksesta 19:ään (6,1 prosentista 14,7 prosenttiin).

Maista 22 ilmoitti hoitotulostiedoista varmennettujen keuhkotuberkuloositapausten osalta vuonna 2007. Aiemmin hoitamattomissa, viljelyllä varmennetuissa keuhkotuberkuloositapauksissa tulos oli onnistunut 79,5 prosentissa. Onnistuneet tulokset olivat huomattavasti vähäisempiä aiemmin hoidettujen tuberkuloositapausten joukossa (51,8 %) ja viljelyllä varmennettujen MDR keuhkotuberkuloositapausten joukossa 24 kuukauden aikana (30,9 %).

## 6 Influenssan valvonta Euroopassa vuosina 2008–2009 – Viikosta 40/2008 viikkoon 39/2009 asti

(Julkaistu toukokuussa 2010)

Influenssakausi 2008–2009 alkoi Euroopassa viikolla 48/2008, kesti noin kymmenen viikkoa kaikissa maissa, joihin se vaikutti, ja päättyi viikolla 16/2009, kun taudin huippu oli ylittänyt maanosan lännestä itään. Viikoittaiset influenssapositiivisten sentinellinäytteiden (ala-)tyyppispesifit osuudet osoittivat kaksi päällekkäistä huippua, kun alun perin vallitseva influenssa A(H3N2) korvautui influenssalla B laajimmin esiintyvänä influenssaviruksena viikon 8/2009 jälkeen. Kiertävät influenssavirukset A(H3N2) ja A(H1N1) osoittautuivat olevan antigeenisesti tiivisti yhteydessä vastaaviin aineosiin, jotka sisältyivät kauden 2008–2009 pohjoisen pallonpuoliskon influenssarokotteeseen, kun taas useimmat eristetyistä B-viruksista olivat Victoria-haaran viruksia eivätkä vastanneet B-rokotteen aineosaa, Yamagata-haaran virusta. Koska tällä kaudella havaittu B-virusten esiintyvyys oli kuitenkin suhteellisen vähäinen, tällä epäsuhdalla ei liene huomattavaa kansanterveydellistä merkitystä.

Pandeemisia A(H1N1)-influenssatapauksia alkoi ilmetä Euroopassa viikolla 16/2009. Viikkoon 39 mennessä varmennettujen ilmoitettujen tapausten määrä kaikista EU:n jäsenvaltioista, Islannista, Liechtensteinista ja Norjasta oli 53 658, ja siinä oli mukana 175 kuolemantapausta 14 maassa. Tapauksiin perustuvat tiedot osoittivat, että potilaat olivat 0–90-vuotiaita (mediaani: 19 vuotta), 78 prosenttia oli alle 30-vuotiaita, ja 5–19-vuotiaiden koululaisten määrä oli 47 prosenttia kaikista tapauksista. Tapausten valtavalla enemmistöllä (96 %) ei tiedetty olleen aiempia sairauksia. Niiden osalta, joilla aiempia sairauksia oli, krooninen keuhkotauti oli yleisimmin raportoitu aiempi sairaus, ja sen osuus oli 30 prosenttia näistä tapauksista. Keuhkokuume mainittiin komplikaationa 0,6 prosentissa pandeemisia influenssainfektioita, sen yleinen sairaalahoitoaste oli 13 prosenttia ja tapauksista 0,03 prosentin ilmoitettiin kuolleen.

Euroopan yhteinen kliininen ja virologinen influenssan seurantaverkosto (EISN) osoittautui tehokkaaksi influenssakauden 2008–2009 alun varhaisessa havaitsemisessa, sen etenemisen valvonnassa ja sen tärkeimpien virologisten piirteiden määrittämisessä. Vuoden 2009 ensimmäiset muilla kuin sentinellipotilailla ja sentinellipotilailla havaitut pandeemiset influenssavirukset varmennettiin yhden viikon ja kolmen viikon kuluessa sen jälkeen, kun ensimmäiset sairastumiset Euroopassa olivat tapahtuneet. Influenssan kaltaisten tautien (ILI) ja akuutin hengitystieinfektion (ARI) sentinelliseurannassa kuitenkin havaittiin selkeä nousu vasta kymmenen viikon viipeellä. Jopa viikolla 39/2009, kun kaikista EU:n jäsenvaltioista, Islannista, Liechtensteinista ja Norjasta oli raportoitu pandeemisista influenssatapauksista, vain yhdeksässä EISN:lle raportoineesta 29 maasta oli ollut tavallista enemmän ILIin/ARIin liittyviä toimia.

Vaikka suurempi herkkyys edellyttäisi enemmän sentinellilääkäreitä, myös muita järjestelmällisiä puutteita on käsiteltävä. Euroopan influenssan seurantajärjestelmään ehdotetaan seuraavia muutoksia:

- edistetään edelleen standardoitua raportointia ILIn ja ARIn voimakkuudesta, maantieteellisestä levinneisyydestä ja suuntauksista;
- lisätään ILIn ja ARIn seurantaa sekä vakavien akuuttien hengitystieinfektioiden (SARI) seurantaa;
- otetaan käyttöön standardoidut epidemiaa koskevat rajat ILIn/ARIn sentinelliseurannalle;
- kehitetään edelleen kaikista syistä johtuvan kuolleisuuden seurantaa Euroopan tasolla ja annetaan säännöllisesti saatavat tulokset julkisesti saataville.

## 7 Invasiivisten bakteeritautien seuranta Euroopassa vuonna 2007

(Julkaistu lokakuussa 2010)

Tässä raportissa kuvailaan *Haemophilus influenzae* ja *Neisseria meningitides* -bakteereista johtuvien invasiivisten bakteeritautien epidemiologiaa Euroopan unionin (EU) jäsenvaltioissa vuonna 2007. Määrättyjä kansallisia yhteyspisteitä pyydettiin toimittamaan tietoja käyttämällä vuonna 2008 kehitettyä invasiivisten bakteeri-infektioiden (IBI) tietokannan tarkistettua versiota, joka perustuu aiempaan EU-IBIS-tietokantaan. Nämä tiedot sisältävät tapauksiin perustuvaa tietoa epidemiologisista muuttujista ja laboratoriomuuttujista ja ne jaetaan ydinosaan, jota sovelletaan kaikkiin EU:ssa ilmoitettaviin tauteihin, ja edistyneisiin tietoihin erityisesti invasiivista *Haemophilus influenzae* -tauti ja invasiivista meningokokkitautia koskevista muuttujista. Tietojen toimittamisen helpottamiseksi jäsenvaltiot saivat kesäkuussa 2008 verkkokoulutusta, ja ennen tietojen pyytämistä käyttöön annettiin täydentäviä koulutusvideoita ja muuta aineistoa.

EU:n ja ETAn 30 jäsenvaltiosta 27 toimitti tietoja invasiivisesta *Haemophilus influenzae* -taudista ja 29 toimitti tietoja invasiivisesta meningokokkitaudista.

### Invasiivinen *Haemophilus influenzae* -tauti

- Vuonna 2007 ilmoitettiin yhteensä 2 058:sta invasiivisen *Haemophilus influenzae* -taudin tapauksesta. Ilmoitusasteet vaihtelivat jäsenvaltioittain, pohjoismaissa asteet olivat korkeampia verrattuna muuhun Eurooppaan ja suuntaus oli nouseva. Maiden enemmistössä jäätiin kuitenkin alle yhteen tapaukseen 100 000:ta henkilöä kohti. Korkeimmat yleiset ilmoitusasteet olivat alle 1-vuotiaiden lasten keskuudessa (kolme 100 000:ta henkilöä kohti, 118 tapausta). Vaikka imeväisiä koskevat asteet laskivat yleisesti huomattavasti serotyypin b osalta vuodesta 1999 vuoteen 2007 (kolmesta 100 000:ta henkilöä kohti yhteen 100 000:ta henkilöä kohti), ne lisääntyivät koteloitumattomien kantojen osalta 1,5 tapauksesta 100 000:ta henkilöä kohti 2,5 tapaukseen 100 000:ta henkilöä kohti samana kautena.
- Kaikista vuonna 2007 raportoiduista invasiivista *H. influenzae* -tapauksista 67 prosenttia johtui koteloitumattomista kannoista. Vuosien aikana raportoitu koteloitumattomien kantojen määrän lisäys voi osittain johtua tapausten paremmasta varmentamisesta ja seurantajärjestelmien herkkyyden paranemisesta, ja tämä on myös dokumentoitu useissa jäsenvaltioissa. EU:ssa on kuitenkin havaittu monen viime vuoden aikana myös todellista lisäystä niiden ilmoitettujen serotyyppien määrässä, joita rokote ei kata (muut kuin b-tyyppin ja koteloitumattomat kannat). Tyyppin b *H. influenzae* (Hib) -konjugaattirokotteen käyttöönotto on saanut aikaan muista kuin serotyypin b kannoista johtuvan invasiivisen *H. influenzae* -infektion osuuden suurenemisen Hib-taudin vähenemisen takia. Toisin kuin pneumokokkonjugaattirokoteohjelmassa, ei ole olemassa yhdenmukaista tai vakaata näyttöä siitä, että imeväisten Hib-joukkorokotukset olisivat johtaneet serotyypin korvautumiseen taudin kantamisessa tai itse taudissa. Äskettäisessä Maailman terveysjärjestön (WHO) kannanotossa Hib-konjugaattirokotteista todettiin, että tähän mennessä bakteerikannan korvautumisella ei ole ollut huomattavaa osaa laajamittaisessa Hib-immunisaatiossa.
- Raportoitujen absoluuttisten lukujen osalta näyttää tapahtuvan siirtymistä vanhempiin ikäryhmiin. Kaikista vuonna 2007 raportoiduista tapauksista 46 prosenttia koski yli 65-vuotiaita aikuisia. Tulos vastaa Yhdysvalloissa tehtyä tutkimusta, jossa korostetaan invasiivisten *H. influenzae* -tautitapausten lisääntymistä vuodesta 1996 vuoteen 2004. *H. influenzae* -taudin epidemiologiset ominaisuudet myös muuttuivat pääasiassa lapsilla havaitusta taudista ja serotyypin b hallitsemasta taudista pääasiassa aikuisissa havaituksi ja luokittelemattomien kantojen hallitsemaksi taudiksi.
- Vuonna 2007 jopa 60 prosenttia tapauksista havaittiin rokotetuissa henkilöissä, kuten tavallisesti havaitaan väestönosissa, jotka on katettu kattavasti. Täysin rokotettujen keskuudessa enemmistö oli 1–4-vuotiaita lapsia, kun taas alle 1-vuotiaiden osuus oli 27 prosenttia tapauksista. Saatavilla olevien tietojen perusteella ei ole mahdollista arvioida, voidaanko havaitut tapaukset luokitella todellisiksi rokotteen epäonnistumisiksi, ja tämän tuloksen tutkimiseksi tarvitaan enemmän tietoa. Jonkin verran taustatietoa tästä aiheesta on saatu EU-IBIS:n tekemästä tutkimuksesta, jossa analysoitiin vuosina 1996–2001 Euroopan, Israelin ja Australian kansallisessa seurannassa havaitun Hib-rokotteen epäonnistumista ja kuvailtiin laajasti klinisiä ominaisuuksia ja laboratorio-ominaisuuksia ja erilaisia väestöä, jolla on erilaiset immunisaatio-ohjelmat.

Rokotteen epäonnistumisesta aiheutuvan Hib:stä johtuvan taudin uudelleenpuhkeamisesta on myös raportoitu laajasti Yhdistyneessä kuningaskunnassa.

## Invasiivinen meningokokkitauti

- Vuonna 2007 EU-/ETA-maissa ilmoitettiin 5 583:sta *N. meningitides* -bakteerista johtuvasta invasiivisesta bakteeritaudista, ja yleinen ilmoitusaste oli 1,12 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti. Ilmoitusasteet vaihtelivat jäsenvaltioittain, ja ne olivat korkeimpia Irlannissa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa verrattuna muuhun Eurooppaan, vaikka molemmissa maissa suuntaus on ollut jatkuvasti laskeva. Näiden kahden maan lisäksi kuudessa muussa jäsenvaltiossa ilmoitusasteet ovat yli yksi 100 000:ta henkilöä kohti (Belgia, Tanska, Alankomaat, Espanja, Liettua ja Malta). Invasiivisten meningokokkitautitapausten määrä on edelleen korkein imeväisten ja lasten keskuudessa, ja 50 prosenttia tapauksista raportoitiin alle 10-vuotiailla lapsilla. Korkeimmat alle 1-vuotiailla havaitut asteet ilmoitettiin Irlannista ja Yhdistyneestä kuningaskunnasta, joissa asteet olivat 74,5 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti ja 46,6 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti.
- Kuten *H. influenzae* -bakteerin osalta, erot tapauksia koskevassa raportoinnissa voivat johtua monista syistä: seurantajärjestelmien herkkyyden paraneminen, vaihtelu seurannassa olevien kliinisten näytteiden tyypeissä (eli sepsis tai meningiitti tai molemmat) kussakin jäsenvaltiossa, erot sovellettavissa tapausmäärittelyissä, erot laboratoriodien valmiuksissa tai erot terveydenhuollon käytännöissä, joilla varmistetaan varhainen veriviljelynäytteiden ottaminen. Tautien ehkäisy ja valvonnan seurantakeskuksella (ECDC) ei ole vielä tässä vaiheessa kattavaa näkemystä näiden erojen taustalla olevista tärkeimmistä syistä, ja se kehottaa siksi varovaisuuteen vertailtaessa maiden välisiä ilmoitusasteita seroryhmän ja iän perusteella.
- Niiden tapausten osuus, joissa seroryhmän tiedot ovat puutteellisia, on edelleen korkea, erityisesti Itä-Euroopan maissa. Seroryhmän määrittäminen on kuitenkin parantunut vuosien aikana, ja tuntemattomien ryhmien määrä on vähentynyt viiden viime vuoden aikana huomattavasti 1 448 tapauksesta vuonna 2003 559 tapaukseen vuonna 2007. Vuonna 2007 seroryhmä B oli useimmin raportoitu seroryhmä, joka aiheutti invasiivista meningokokkitautia Euroopassa, ja sen osuus kaikista alle 4-vuotiailla lapsilla ilmoitetuista tapauksista oli noin 90 prosenttia. Maissa, joissa annetaan meningokokki C -rokote (MCC), kaikissa ikäryhmissä B-tapaukset ovat vallitsevia ja erityisesti alle 1-vuotiaiden ja 1–4-vuotiaiden ikäryhmissä (73 ja 81 prosenttia tapauksista), jotka ovat tavalliset kohderyhmät rokotuksissa seroryhmää C vastaan.
- Maissa, joissa annettiin MCC-rokotus, seroryhmästä C johtuvien tapauksien osuus on laskenut jyrkästi muutamana viime vuotena sen jälkeen, kun rokote otettiin kansalliseen ohjelmaan, erityisesti rokotusohjelman kohderyhmissä. Seroryhmän C tapausten osuus näyttää lisääntyvän iän myötä, mikä johtuu todennäköisesti siitä, että rokotteen kattavuus vanhemmissa ikäryhmissä on alhainen, sekä siitä, että rokotteen tehokkuus vähenee primaari-immunisaatio-ohjelmaa seuraavan vuoden aikana.
- Kantojen serotyyppitystä ja alatyypitystä koskevat tiedot lisääntyvät, koska molekyyli tekniikoita otetaan käyttöön yhä useammissa maissa. Serotyyppitettyjen ja seroalatyypitettyjen näytteiden määrä on kuitenkin edelleen alhainen, ja näitä tuloksia on tulkittava varovaisesti. Suurin määrä seroalatyypitettyjä näytteitä ilmoitettiin Ranskasta, Yhdistyneestä kuningaskunnasta ja Belgiasta.

## Tärkeimmät päätelmät

Yleisesti molempia tauteja koskevat tapaukset vähenevät edelleen erityisesti pienillä lapsilla, joille rokotuskampanjat kohdennetaan. Euroopan tasolla niistä serotyypeistä ja seroryhmistä johtuvien tapausten määrä, joita ei ole katettu rokotteilla ja jotka vaikuttavat myös nuoriin lapsiin, kasvaa, ja tätä suuntausta on valvottava huolellisesti.

Koska rokotuksen kattavuus on korkea molempien rokotteiden osalta, tapauksia esiintyy myös rokotetuissa henkilöissä. Valitettavasti ei ole kerätty riittävästi tietoa, jotta voitaisiin tehdä perusteellinen analyysi mahdollisista rokotteen epäonnistumisista tai tehdä päätelmiä niiden tapausten osuudesta, joita esiintyy rokotettujen henkilöiden keskuudessa maissa, joissa rokotus annetaan tai joissa sitä ei anneta. Se johtuu siitä, että tiedot rokotteen saaneista olivat hyvin puutteelliset ja tietoja syntymäajasta, saatujen annosten määrästä ja viimeisen annoksen päivämäärästä ei ollut saatavilla. Lisäksi kaikkia tietoja, joita tarvitaan määrittämään rokotteen epäonnistuminen, ei ollut vielä sisällytetty muuttujiin (kuten syntymäaika ja annettujen annosten lukumäärä ja päivämäärät).

Tarvitaan standardoidumpia laboratoriomenetelmiä tapauksen määrittämiseksi ja tapausmäärittelyn paikalliseksi mukauttamiseksi seurantataroituksia varten, jotta tietojen vertailukelpoisuutta osallistuvien maiden välillä voidaan parantaa. Genotyyppin määrittämismenetelmistä tulee jatkuvasti toteuttamiskelpoisempia Euroopan maissa, ja se parantaa seurantatietojen ymmärtämistä. Se edellyttää kuitenkin tiiviimpää yhteistyötä laboratoriodien ja epidemiologisten keskustusten välillä sekä kansallisella tasolla että Euroopan tasolla. Siksi vuonna 2008 EU:n toimielinten yhteenliittymä teki sopimuksen tarjouspyynnöstä nimeltä "Invasiivisten bakteeritautien laboratorioseuranta ja ulkopuolinen laadunvarmistus EU:ssa", jota koordinoi Würzburgin yliopisto Saksassa, ja hankkeessa on nyt menossa toinen toimintavuosi. Siinä keskitytään ulkopuolisten laadunvarmistusten lisäksi erityisesti jäsenvaltioiden laboratoriovalmiuksien parantamiseen ja yhtenäistämiseen ja EU:n laboratoriodien ja julkisten terveydenhuoltolaitosten yhteistyön lujittamiseen. Yksi ryhmän tärkeimmistä toimista on molekyyli tyypitysmenetelmien käytön edistäminen rutiinivalvonnassa.

## 8 Epidemiologinen vuosiraportti Euroopan tartuntataudeista 2010

(Julkaistu marraskuussa 2010)

Tässä raportissa esitetään analyysi 27:n EU:n jäsenvaltion ja kolmen ETA-/EFTA-maan, Islannin, Liechtensteinin ja Norjan, vuodelta 2008 ilmoittamista tiedoista. Raportin tärkeimpänä tavoitteena on tarjota saatavilla olevien tietojen perusteella näkemys siitä, missä suurin tartuntatautitaakka Euroopan unionissa on tällä hetkellä. Näillä alueilla tarvitaan yhtenäisempää toimintaa nykyisen ja mahdollisen tulevan yhteiskunnalle, kansanterveydelle ja terveydenhuoltojärjestelmälle koituvan taakan lieventämiseksi ja inhimillisen kärsimyksen vähentämiseksi. Näillä tiedoilla edistetään ECDC:n tehtävää tarjota toimintaa varten näyttöpohja, auttaa määrittämään ja jakamaan käytäntöjä ja ehdottaa menetelmiä toimenpiteiden jatkotoimia varten.

Vaikka tietojen laadun ja vertailukelpoisuuden parantamisessa on edistytty paljon, lukijaa kehoitetaan silti olemaan tekemättä suoria vertailuja maiden välisten ilmoitusasteiden välillä. Seurantajärjestelmät vaihtelevat paljon, ja suhde ilmoitetun ja todellisen tapauksen välillä vaihtelee maasta toiseen monien tautien osalta.

Vuosianalyysi EU:ssa havaituista uhista esitetään ensimmäistä kertaa erikseen<sup>5</sup>.

### Mikrobilääkeresistenssi ja sairaalainfektiot

Merkittävimmän tautiuhan Euroopassa aiheuttavat edelleen mikro-organismit, joista on tullut mikrobilääkeresistenttejä. Vuonna 2008 yli 1 1500 sairaaloiden käytössä olevaa 900 laboratoriota raportoi mikrobilääkeresistenssitietonsa seitsemästä tärkeästä indikaattorimikro-organismista. Se osoitti, että resistenssi kaikille seurannassa oleville antibioottiluokille on lisääntynyt Euroopan laajuisesti yleisimmän bakteremiaa ja virtsatieinfektioita aiheuttavan gramnegatiivisen *Escherichia coli*-bakteerin osalta. Joissakin maissa ilmoitettiin metisilliinille resistentin *Staphylococcus aureus*-bakteerin (MRSA) osuuden vähenemisestä, vaikka MRSA-osuudet olivat edelleen yli 25 prosenttia kolmasosassa maita. Monilääkeresistenssiä (resistenssi monille yleisesti käytössä oleville antibiooteille), jota on havaittu aiempaa useammin joissakin gramnegatiivisissa bakteereissa, joita ovat esimerkiksi *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* ja *Pseudomonas aeruginosa*, koskeva uhka aiheuttaa edelleen huolta.

Saman vuoden aikana raportoituihin seurantatiedoista, jotka koskivat 306 621 kirurgista toimenpidettä 1 422 sairaalasta, ja 654 sairaalasta saaduista tiedoista, jotka koskivat 9 129:ää teho-osastolta saatua keuhkokuumetta koskevaa tapausta ja 4 077:ää teho-osastolta saatua veri-infektiotapausta. Aiemmin havaittu laskeva suuntaus lonkkaproteesia seuranneissa leikkaussali-infektioissa varmennettiin vuonna 2008. Teho-osastoilla saatuihin infektioihin liittyvien mikro-organismien jakautuminen osoitti, että kolmannen sukupolven kefalosporiinille resistenttien Enterobacteriaceae-bakteerien (erityisesti *Klebsiella* spp. ja *Enterobacter* spp.) osuus oli suuri.

### Ympäristö- ja vektorivälitteiset taudit

Alankomaissa vuoden 2007 maaliskuisen ja joulukuun välisenä aikana esiintynyt Q-kuume puhkesi uudelleen vuonna 2008. Merkittävimmät tapaukset ilmenivät kesäkauden aikana, ja niiden huippu oli viikoilla 25–28 (kesäkuun puolivälistä heinäkuun puoliväliin). Muissa Euroopan maissa, esimerkiksi Saksassa, ilmoitettiin myös Q-kuumeen muuttuvista suuntauksista ja tapausten lisääntymisestä vuonna 2008, tosin pienemmässä määrin.

Muut tämän ryhmän tartuntataudit, joilla on vakavampia seurauksia, kuten ne, joissa esiintyy mahdollisesti verenvuotoa, esimerkiksi Krimin/Kongon verenvuotokuume (CCHF), ovat levinneet perinteisten esiintymisalueiden ulkopuolelle Balkanin alueella. Kreikka raportoi ensimmäisestä ihmisellä havaitusta CCHF-tapauksesta kesäkuussa 2008 maan pohjoisosassa lähellä tunnettua esiintymisaluetta. Toisaalta Italiassa edellisenä vuonna esiintyneen 217:n laboratoriossa varmennetun chikungunya-tapauksen esiintymisen jälkeen käyttöönotetut tehostetut seurantatoimet osoittivat, että autoktonista chikungunya-kuumetta ei esiintynyt, koska kaikki EU-/ETA-maissa ilmoitetut muutamat tapaukset olivat kaikki ulkomailta peräisin.

### Elintarvike- ja vesivälitteiset taudit ja zoonoosit

Monista elintarvikevälitteisistä taudeista raportoidaan edelleen puutteellisesti niiden kliinisen kuvan vakavuuden vaihtelun takia. *Kampylobakterioosi* oli edelleen yleisimmin ilmoitettu gastroenterinen tauti EU:ssa ja ETA-/EFTA-maissa, ja vuonna 2008 sen ilmoitusaste oli jotakuinkin sama (44,1 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti) kuin

<sup>5</sup> ECDC. Vuosiraportti uhista 2009. Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus, Tukholma; 2010. Saatavilla seuraavalta sivulta: [http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance\\_reports/Pages/index.aspx](http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx)

edellisinä vuosina. Se on tyypillinen esimerkki aliarvioidusta taudista, koska tämän infektion tiedetään erityisesti aiheuttavan oireettoman tai lievän sairauden, minkä takia sen ilmoittamatta jättäminen on yleistä.

VTEC-/STEC-infektioiden yleinen ilmoitusaste on myös pysynyt suhteellisen muuttumattomana muutaman viime vuoden aikana (0,66 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti). Hemolyttis-ureemista oireyhtymää koskevat ilmoitetut tapaukset kuitenkin lisääntyivät 42 prosenttia vuonna 2008 edelliseen vuoteen verrattuna. Salmonelloosin ja shigelloosin osalta alle 5-vuotiailla lapsilla oli korkein ilmoitusaste VTEC-/STEC-infektioissa (4,72 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti). Se johtunee siitä, että kliininen esiintyminen on tässä ikäryhmässä vakavampaa, ja siitä, että jokainen infektio tutkitaan todennäköisimmin sairaalassa.

Salmonelloosi on vähentynyt tasaisesti kolmen viime vuoden aikana, vaikka *Salmonella* aiheuttikin edelleen monia elintarvikkevälitteisiä sairauksia kansainvälisellä, kansallisella ja alueellisella tasolla vuonna 2008. Tietojen ilmoittamista koskevan muutoksen takia tässä raportissa ilmoitettu lavantautiaste on edellisiä vuosia korkeampi, mutta se on pikemminkin tulosta tietojen kattavuuden parantumisesta kuin todellisesta lisääntymisestä. Useimmat lavantautitapaukset tulevat kuitenkin edelleen esiintymisalueilta palaavien matkailijoiden mukana.

Vuonna 2008 A-hepatiitin yleinen ilmoitusaste (3,34 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti) oli hieman korkeampi kuin vuonna 2007 (2,75 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti). Ilmoitusaste Latviassa nousi 0,66:sta vuonna 2007 123:een 100 000:ta henkilöä kohti pääasiassa suonensisäisten huumeiden käyttäjien ja puutteellisissa hygieniatoissa asuvien pienituloisten ihmisten yhteisön keskuudessa alkaneen mutta myöhemmin laajempaan yhteisöön levinneen taudin esiintymisen takia. Vastaavasti A-hepatiitin esiintyminen Tšekin tasavallassa vaikutti alun perin suonensisäisten huumeiden käyttäjiin ja levisi sitten yleiseen väestöön.

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

HIV-infektiot ovat edelleen yksi merkittävimmistä tartuntatautien aiheuttamista kansanterveydellisistä ongelmista Euroopassa. HIV lisääntyi edelleen 33 prosenttia HIV-infektioiden raportoitujen tapauksien määrän osalta, 4,2 tapauksesta 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2000 (13 265 tapausta) 5,6 tapaukseen 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2008. Tämä suuntaus on vielä huolestuttavampi, kun otetaan huomioon, että EU-/ETA-maissa huomattava osuus (arviolta 30 prosenttia) ei edes tiedä kantavansa HIV:tä. Tiedot osoittavat, että suurin osuus HIV-tapauksia diagnosoitiin miehillä, jotka harrastavat seksiä miesten kanssa (40 %), mutta HIV:n heteroseksuaalisten tartuntojen osuus (29 %) kasvoi monissa Euroopan maissa. Huomattava osuus uusista diagnosoiduista HIV-infektioista EU:ssa havaittiin maahanmuuttajilla maista, joissa on yleinen HIV-epidemia (pääasiassa Saharan eteläpuolisesta Afrikasta). Sitä vastoin tietyistä tietojen rajallisuudesta huolimatta aids-diagnoosien määrä näyttää laskevan Baltian maita lukuun ottamatta.

Klamydia on edelleen useimmin ilmoitettu sukupuoliteitse tarttuva infektio EU-/ETA-maissa 335 329 varmennetulla ilmoitetulla tapauksella (150 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti). Klamydian todellinen esiintyvyys lienee korkeampi, koska erityisesti tästä infektiosta ei useinkaan ilmoiteta. Se on jatkanut kasvuaan kymmenen viime vuoden aikana. Se on edelleen nuorten aikuisten tauti, ja ilmoitusaste 15–24-vuotiaiden joukossa on 976 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti, ja tartunnan saavat useammin nuoret naiset kuin nuoret miehet.

Vaikka suuntaus C-hepatiitin ilmoituksissa on suhteellisen vakaa ja B-hepatiitin ilmoitusasteet näyttävät laskeneen edellisiin vuosiin verrattuna, näiden tietojen rajallisuus on sinnikästä. Näiden suuntausten tulkintaa estävät seurantajärjestelmien väliset sangen suuret erot, viimeaikaiset muutokset ilmoittamisessa, huomattavat diagnosioimattomien tapauksien määrät, mahdolliset erot käytetyissä tapausmäärittelyissä (eli B-hepatiitin merkintäaineiden erilainen käyttö ja/tai tulkinta) ja puutteellinen ilmoittaminen joissakin maissa. Jotkin maat eivät myöskään tee ilmoituksissaan eroa B- ja C-hepatiitin akuuttien ja kroonisten tapauksien välille, ja se yhdessä oireettomien tapauksien korkean asteen kanssa johtaa toisistaan poikkeaviin tietoihin, joita ei voida suoraan vertailla maiden välillä. ECDC tekee työtä edistääkseen näiden virusperäisten infektioiden seurannan parantamista, mukaan luettuna B- ja C-hepatiitin seurannan yhtenäistäminen Euroopan tasolla.

## Hengitystieinfektiot

Joka talvi sadat tuhannet ihmiset EU:ssa sairastuvat vakavasti ja kuolevat kausi-influenssan takia.

Influenssakausi 2008–2009 alkoi Euroopassa viikolla 48/2008, kesti noin kymmenen viikkoa kaikissa maissa, joihin se vaikutti, ja päättyi viikolla 16/2009, kun taudin huippu oli ylittänyt maanosan lännestä itään ja sitten kaakkoon. Kautta 2008–2009 hallitsi ensin influenssa A(H3N2) ja sitten vähemmässä määrin influenssa B sekä A(H3N2), jonka osuus kaikista virushavainnoista oli suurin. Suurin osa kiertävistä influenssa B -viruksista ei vastannut kauden 2008–2009 pohjoisen pallonpuoliskon influenssarokotteeseen sisällytettyä B-aineosaa. Sillä tuskin kuitenkaan on ollut erityistä kansanterveydellistä merkitystä tällä kaudella havaitun B-virusten suhteellisen vähäisen esiintyvyyden takia. Viikolla 19/2009, "tavallisen kauden" lopussa, sentinellinäytteisessä havaittiin ensimmäinen pandeeminen influenssa A(H1N1) -virus. Sitä seurasi kevään ja kesän pandemia-aalto.

Vuonna 2008 raportoitiin jälleen korkeapatogeenisen lintuinfluenssan ja matalapatogeenisen lintuinfluenssan esiintymisestä linnuissa EU:ssa, mutta niitä oli vähemmän kuin vuonna 2007. Näihin esiintymisiin liittyvistä ihmistapauksista ei ilmoitettu.

Legioonalaistaudin (legionelloosi) ilmoitusaste EU:ssa ja ETA-/EFTA-maissa pysyy vakaasti 1,2 tapauksessa 100 000:ta henkilöä kohti. Edellisinä vuosina heinäkuussa havaittu ilmoitettujen tapausten piikki oli vuonna 2008 pidempi, ja se jatkui kesäkuusta syyskuuhun. Matkailuun liittyvien legionolaistautitapausten ilmoitettujen tapausten määrä oli alhaisempi kuin vuonna 2007, kuten myös matkailuun liittyvien tapausryhmien määrä.

Muutaman viime vuoden aikana tuberkuloositapausten määrä on laskenut vuosittain keskimäärin tasaisesti, vaikka 28:ssa EU- ja ETA-/EFTA-maassa raportoitiin edelleen 82 611 tuberkuloositapauksesta (ilmoitusaste 16,7 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti) vuonna 2008. EU:ssa tuberkuloosi on muita yleisempää siirtolaisten, asunnottomien, kaupunkien köyhien ihmisten, vankien, HIV:n kanssa elävien ihmisten ja huumeiden käyttäjien keskuudessa, mutta vuoden 2008 tiedot vahvistavat moninaisen kuvan, jossa on kolme laajaa epidemiologista luokkaa:

- matalan tapaustason maat, joissa tapaukset keskittyvät koko ajan enemmän ulkomailta peräisin olevaan väestöön ja joissa toisinaan ilmoitetaan ilmoitusten lisääntymisestä,
- maat, joissa on suhteellisen kohtuulliset tai korkeat ilmoitusasteet, jotka ovat laskemassa, ja joissa MDR TB -tapausten aste on matala, ja
- maat, joissa on suhteellisen korkeat ilmoitusasteet ja suuri MDR TB -tapausten osuus mutta joissa yleiset tuberkuloosiasteet laskevat.

Monilääkeresistenttien tuberkuloositapausten (MDR TB) osuus lisäksi kasvoi neljästä kuuteen prosenttiin vuosina 2007–2008, pääasiassa puutteellisten tai huonosti suunniteltujen hoitojaksojen takia. Näiden MDR TB -tapausten hoidon onnistumisaste on myös edelleen erittäin matala, 30,9 prosenttia vuoden 2006 kohortissa. Vaikka toissijaisten resistenssitietojen laatua, edustavuutta ja kattavuutta voidaan edelleen parantaa, luvut vahvistavat, että XDR TB on nyt vakiintunut EU:n rajojen sisäpuolelle.

## Rokotteilla estettävissä olevat taudit

Useat rokotteilla estettävissä olevat taudit, joilla on vakavia seurauksia (kuten polio, kurkkumätä ja jäykkäkouristus), on nyt miltei saatu poistettua EU-/ETA-maista. Toinen menestystarina melkein kaikissa EU-maissa on niiden kansallisiin immunisaatio-ohjelmiin sisällytetyn Hib-rokotteen vaikutus. Muiden rokotteilla estettävissä olevien tautien osalta ongelmia on edelleen väestön vaikeasti saavutettavissa olevien ryhmien kattavuudessa. Myös aiheettomat epäilyt rokoteturvallisuudesta ovat aiheuttaneet takaiskuja monia näitä infektioita koskevien tavoitteiden saavuttamisessa ja saaneet aikaan paikallisia esiintymisiä, jotka olisivat olleet täysin estettävissä.

Yksi näistä sairauksista on tuhkarokko. EU- ja EFTA-maiden tuhkarokkotapausten kokonaismäärä oli vuonna 2008 huomattavasti suurempi kuin vuonna 2007. Se johtui laajoista esiintymisistä monissa maissa, ja suurimmat tapausmäärät olivat Sveitsissä, Italiassa, Itävallassa, Saksassa, Ranskassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa. Tämän huolestuttavan suuntauksen kääntäminen edellyttää vahvaa poliittista sitoutumista.

Sitä vastoin ilmoitettujen ja laboratoriossa varmennettujen vihurirokotapausten määrä laski vuosina 2007–2008. Huolimatta synnynnäisen vihurirokon infektiotapausten määrän jyrkästä laskusta rokotuksen käyttöönoton jälkeen Euroopassa esiintyy edelleen satunnaisia tapauksia. Tuhkarokko–sikotauti–vihurirokko-rokotteen kattavuuden jääminen alle optimaalisen tason voi luoda taudeille alttiiden henkilöiden paikallisia esiintymiä, mikä lisää kyseisiä tauteja, myös synnynnäistä vihurirokkoinfektioita.

Invasiivisen pneumokokkitaudin (IPD) yleinen ilmoitusaste oli 5,2 tapausta 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2008, mikä oli yksi korkeimmista asteista kaikissa rokotteilla estettävissä olevissa taudeissa. IPD:n seurantajärjestelmät ovat hyvin erilaisia EU:ssa, erityisesti käytettävien seurantajärjestelmien tyyppi, niiden kattavuus ja käytetty tapausmäärittely. Joissakin maissa ei ole edes käytössä seurantajärjestelmää. ECDC ottaa EU:ssa käyttöön paremman seurannan, joka sisältää myös laboratorioseurannan, jotta serotyyppien suuntauksia voidaan valvoa paremmin, erityisesti niitä, joita ei ole katettu rokotteella.

## Päätelmät

Tästä vuoden 2008 tiedoista ja suuntauksista tehdystä yhteenvedosta käy ilmi, että EU:n tartuntatautien ennaltaehkäisyä ja valvontaa koskevat prioriteetit eivät ole juuri muuttuneet muutaman viime vuoden aikana. Tiettyjen tautien osalta esiintyminen ja tapausten määrä on vähentynyt jonkin verran jäsenvaltioiden yhteisten ehkäisy- ja valvontatoimien ansiosta (vaikka tasot voivat edelleen olla korkeita tiettyjen väestönosien ja riskiryhmien osalta). Jäljellä on kuitenkin useita tartuntatauteja koskevia ongelmia, joista tärkeimmät ovat

- mikrobilääkeresistenssi;
- sairaalainfektiot;
- sukupuoliteitse tarttuvat infektiot, erityisesti HIV:n ja klamydian aiheuttamat;
- influenssan aiheuttamat hengitystieinfektiot (pandemian mahdollisuus sekä vuotuiset kausiepidemiat), tuberkuloosi ja pneumokokki-infektiot.

Joidenkin näiden tautien osalta yhteiset lisätoimet (esimerkiksi rokotuksen tai vastaavien valvontatoimenpiteiden avulla) voisivat johtaa siihen, että EU ja myöhemmin Eurooppa voitaisiin julistaa "vapaiksi" näistä taudeista, aivan kuten on tehty monien rokotteilla estettävissä olevien tautien osalta. EU:n jäsenvaltiot eivät ole kuitenkaan vielä

läheskään saavuttaneet tautien poistamista koskevissa ohjelmissa jo asetettuja tavoitteita, etenkin tuhkarokon osalta, sillä siinä suuntaus on kääntynyt. Vastaavasti vihurirokon seurannan herkkyyden ja spesifisyyden parantaminen on erittäin tärkeää WHO:n vuoden 2010 poistamista koskevan tavoitteen osalta. Pneumokokki-infektioiden osalta huolta aiheuttaa edelleen mahdollisuus siihen, että rokotteen käyttöönoton jälkeen pneumokokkijugaattirokotteen kattamat serotyypit voivat korvautua kattamattomilla serotyypeillä, kuten Yhdysvalloissa on jo havaittu.

Vuoden 2008 tiedot osoittavat edelleen, että mikrobilääkeresistenssi on huomattava kansanterveydellinen uhka Euroopassa. Ongelma edellyttää kansainvälistä yhteistyötä – sekä yhtenäisiä ponnistuksia kansallisella tasolla – jotta mikrobilääkeresistenssin esiintymistä voidaan rajoittaa ja ehkäistä. Sairaalainfektiot ovat myös kasvava ongelma, joka edellyttää johdonmukaisia ehkäisy- ja valvontatoimia. Päätöksentekijöille on hyötyä aiempaa luotettavammista tiedoista, joita odotetaan toimista, joilla parannetaan pääasiassa sairaalaan tai pitkäaikaishoittoon perustuvia seurantajärjestelmiä.

Vaikka yleinen suuntaus tuberkuloosin osalta on laskeva, MDR TB -tapaukset ja yhdistetyt HIV- ja tuberkuloositapaukset lisääntyvät edelleen. Myös HIV:n yleinen suuntaus on kasvava. Molemmissa tapauksissa näihin kahteen infektiin on kiinnitettävä erityistä huomiota tiukkojen kansallisten ja kansainvälisten ehkäisy- ja valvontatoimien ylläpitämiseksi, mikä sisältää lisäinvestoinnit seurantaan. Tuberkuloosin ja HIV:n yhteisesiintymistä koskeva raportointi on edelleen puutteellista, vaikka tämän tilanteen parantamiseksi on uusia suunnitelmia.

Influenssa osoitti jälleen, miten ennakoimattomia kausi-influenssat voivat olla, kun suhteellisen vakavaa kautta hallitsi A(H3N2)-virus, jota seurasi Amerikoista alkanut A(H1N1)-infelussapandemia.

#### **Taulukko A: Yhteenveto EU:n tasolla vuonna 2008 ilmoitettujen tartuntatautien yleisistä suuntauksista, ilmoitusasteesta EU:ssa ja tärkeimmistä ikäryhmistä**

Tauti	Yleinen suuntaus	EU:ssa ilmoitettuja tapauksia / 100 000 (2008)	Sairastuneiden tärkeimmät ikäryhmät (2008)
<b>Hengitystieinfektiot</b>			
Influenssa	↔	Ei tietoja	0–14
Lintuinfluenssa	Puutteelliset tiedot	0	Puutteelliset tiedot
Legioonalaistauti (legionelloosi)	↑	1.2	≥ 65
Tuberkuloosi	↓	16.7	25–44
<b>HIV, sukupuoliteitse tarttuvat infektiot sekä verivälitteiset virusinfektiot</b>			
Klamydia	↑	149.9	15–24
Tippuri	↓	8.6	15–24, 25–44
B-hepatiitti	↓	1.3	25–44
C-hepatiitti	↑	9.0	25–44
HIV	↑	5.7	25–44
Aids	↓	1.1	40–49
Syfilis	↔	4.2	25–44
<b>Elintarvike- ja vesivälitteiset taudit ja zoonoosit</b>			
Pernarutto	↓	< 0.01	Puutteelliset tiedot
Botulismi	↔	< 0.1	25–44
Bruselloosi	↓	0.2	45–64, 25–44
Kampylobakterioosi	↑	44.1	0–4
Kolera	↓	<0.01	Puutteelliset tiedot
Kryptosporidioosi	↔	2.4	0–4
Ekinokokkoosi	↔	0.2	45–44, ≥ 65
Verosytotoksiinia tuottavat <i>Escherichia coli</i> -bakteerit (VTEC/STEC)	↔	0.7	0–4



Tauti	Yleinen suuntaus	EU:ssa ilmoitettuja tapauksia / 100 000 (2008)	Sairastuneiden tärkeimmät ikäryhmät (2008)
Giardiaasi	↓	59.6	0–4
A-hepatiitti	↓	3.3	5–14
Leptospiroosi	↔	0.2	45–64
Listerioosi	↔	0.3	≥ 65
Salmonelloosi	↓	29.8	0–4
Shigelloosi	↔	1.8	0–4
Toksoplasmoosi	↓	0.8	15–24
Trikinelloosi	↔	0.1	25–44
Jänisrutto	↔	0.2	45–64
Lavantauti/pikkulavantauti	↔	0.3	0–4, 5–44
Variantti Creutzfeldt-Jakobin tauti	Puutteelliset tiedot	< 0.01	Puutteelliset tiedot
Yersinioosi	↑	2.7	0–14
<b>Ympäristö- ja vektorivälitteiset taudit</b>			
Malaria	↔	1.2	25–44
Rutto	Puutteelliset tiedot	0	Puutteelliset tiedot
Q-kuume	↔	0.4	45–64
Vakava akuutti hengitystieoireyhtymä (SARS)	Puutteelliset tiedot	0	Puutteelliset tiedot
Isorokko	Ei sovelleta	0	Puutteelliset tiedot
Chikungunya	Puutteelliset tiedot	< 0.01	45–64
Dengue-kuume	Puutteelliset tiedot	0.1	25–44
Hantaviruksen aiheuttama infektio	Puutteelliset tiedot	1.4	25–44, 45–64
Länsi-Niilin virusauti	Puutteelliset tiedot	< 0.01	Puutteelliset tiedot
Keltakuume	Puutteelliset tiedot	0	Ei tapauksia
<b>Rokotteilla estettävissä olevat taudit</b>			
Kurkkumätä	↓	<0.01	5–14, 45–64
Invasiivinen <i>Haemophilus influenzae</i> -infektio	↓	0.5	≥ 65, 0–4
Invasiivinen meningokokkitauti	↓	0.9	0–4
Invasiivinen pneumokokki-infektio	↓	5.2	≥ 65, 0–4
Tuhkarokko	↔	0.9	0–4
Sikotauti	↓	2.8	5–14
Hinkuyskä	↔	5.3	5–14
Poliomyeliitti	Puutteelliset tiedot	0	Puutteelliset tiedot
Vesikauhu	↓	< 0.01	Puutteelliset tiedot
Vihurirokko	↓	0.6	0–4

Tauti	Yleinen suuntaus	EU:ssa ilmoitettuja tapauksia / 100 000 (2008)	Sairastuneiden tärkeimmät ikäryhmät (2008)
Jäykkäkouristus	↓	< 0.1	≥ 65
<b>Mikrobilääkeresistenssi ja sairaalainfektiot</b>			
Mikrobilääkeresistenssi	↑	Ei sovelleta	Puutteelliset tiedot
Sairaalainfektiot	↑	Ei sovelleta	Puutteelliset tiedot

## 9 Mikrobilääkeresistenssin seuranta Euroopassa vuonna 2009

(Julkaistu marraskuussa 2010)

Tämä on Euroopan mikrobilääkeresistenssin seurantaverkoston (EARS-Net) ensimmäinen vuosiraportti sen jälkeen, kun Euroopan mikrobilääkeresistenssin seurantajärjestelmä (EARSS) siirrettiin Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskukselle (ECDC) 1. tammikuuta 2010. Raportti on jatkoa verkoston vuodesta 2001 julkaisemalle erittäin arvostetulle EARSS-vuosiraporttien sarjalle.

Viime vuosikymmenen aikana mikrobilääkeresistenssi on saanut koko ajan keskeisemmän aseman Euroopan kansanterveydellisessä ohjelmassa. Mikrobilääkeresistenssin seurannasta vastasi aiemmin EARSS ja tällä hetkellä EARS-Net, ja sillä on ollut merkittävä asema mikrobilääkeresistenssin esiintymistä ja leviämistä koskevien asiakirjojen tarjoamisessa ja ongelmasta tiedottamisessa poliittisella tasolla, kansanterveysviranomaisten keskuudessa ja tiedeyhteisössä.

EARS-Netille 28 maasta vuonna 2009 raportoitujen mikrobilääkeresistenssiä koskevien tietojen ja suuntausanalyysien, myös edellisten vuosien tietojen, perusteella resistenssitilanne Euroopassa on erittäin vaihteleva patogeenityypistä, mikrobilääkeaineesta ja maantieteellisestä alueesta riippuen.

Vuonna 2009 huolestuttavimmat resistenssitulokset johtuvat siitä, että invasiivisen *Escherichi coli* -bakteerin herkkyys käytännöllisesti katsoen kaikille EARS-Netin seurantaan sisällytetyille mikrobilääkkeille, karbapeneemiä lukuun ottamatta, laskee nopeasti, ja siitä, että *Klebsiella pneumoniae* -bakteeri on erittäin resistentti kolmannen sukupolven kefalosporiinille, fluorokinonolille ja aminoglykosideille. Ilmoittaneista maista puolessa moniresistenttien *K. pneumoniae* -isolaattien (moniresistenssi kolmannen sukupolven kefalosporiineille, fluorokinonoleille ja aminoglykosideille) osuus on yli kymmenen prosenttia, ja muutamat maat ovat ilmoittaneet nyt myös suuresta resistenssistä karbapeneemeille. Näitä antibiootteja on käytetty laajasti monissa maissa, koska laajakirjoista beetalaktamaasia (ESBL) tuottavaa Enterobacteriaceae-bakteeria on enemmän, mikä vaikuttaa huomattavasti karbapeneemin tuotantoon (VIM, KPC ja NDM-1) erityisesti *K. pneumoniae* -bakteerissa.

Suurimmat resistenssit *E. coli* -bakteerissa ilmoitettiin aminopenisilliinille, ja ne olivat jopa 66 prosenttia. Korkeasta resistenssitasosta huolimatta osuudet kasvavat edelleen jopa maissa, joissa resistenssitasot ovat jo huomattavasti yli 50 prosenttia. Resistenssi kolmannen sukupolven kefalosporiinille *E. coli* -bakteerissa on myös lisääntynyt huomattavasti neljän viime vuoden aikana yli puolessa ilmoittaneista maista. Tämä resistenssi liittyy suoraan ESBL-positiivisten suuriin osuuksiin (85–100 %) resistenttien isolaattien joukossa vuonna 2009 ESBL:stä raportoineissa maissa.

Muut suuntauksat EARS-Netille raportoidun resistenssin esiintyvyydessä antavat toivoa siitä, että infektiotilvontaa koskevat kansalliset toimet ja resistenssin rajoittamiseen suunnatut toimet voivat joissakin tapauksissa saada resistenssin kehittymisen loppumaan tai jopa kääntää ei-toivotut resistenssisuuntauksat, mistä on esimerkkinä metisilliinille resistentin *Staphylococcus aureus* -bakteerin (MRSA) kehitys. Vaikka MRSA:n osuus *Staphylococcus aureus* -bakteerissa on edelleen yli 25 prosenttia kymmenessä 28 maasta, MRSA:n esiintyminen on tasoittumassa tai vähenemässä joissakin maissa, ja Itävallassa, Ranskassa, Irlannissa, Latviassa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa havaittiin kestävä laskua.

Yhdistyneessä kuningaskunnassa on lisäksi havaittu *K. pneumoniae* -bakteerin kaikille seurannassa oleville antibioottiluokille resistenttien osuuksien jatkuvaa vähenemistä, ja muutamassa maassa (Kreikassa, Saksassa, Italiassa ja Ranskassa) ponnistukset vähentää *Enterococcus faecium* -bakteerin resistenssiä glykopeptidille näyttävät onnistuvan, mikä vähentää jatkuvasti resistenttien isolaattien osuutta. *Enterococcus faecalis* -bakteerin korkeatasoinen resistenssi aminoglykosidille näyttää puolestaan vakiintuvan suhteellisen korkealle tasolle. Maiden enemmistö ilmoitti, että resistenttien isolaattien osuus oli 30–50 prosenttia.

*Streptococcus pneumoniae* -bakteerin vähäinen herkkyys penisilliinille on yleisesti vakaa Euroopassa ja vähäinen herkkyys makroliideille on laskenut kuudessa maassa, mutta mikään maa ei ole ilmoittanut nousevista suuntauksista. *Pseudomonas aeruginosa* -bakteerin osalta on raportoitu vahvasta resistenssistä fluorokinoloneille ja karbapeneemeille, ja myös moniresistenssistä on raportoitu monissa maissa, erityisesti Etelä- ja Itä-Euroopan maissa.

Monien mikrobilääke- ja patogeeniyhdistelmien, esimerkiksi *E. coli*- *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*- ja MRSA-bakteerien osalta Euroopassa on selvä muutos etelästä pohjoiseen. Yleisesti alhaisemmista resistenssiosuuksista ilmoitetaan Euroopan pohjoisosissa ja korkeammista etelässä, mikä kertonee eroista infektioiden valvontakäytännöissä, mikrobilääkkeiden määräämistä koskevasta lainsäädännöstä tai sen puuttumisesta ja muista tekijöistä, joiden tiedetään vaikuttavan resistenssin esiintymiseen.

*K. pneumoniae* -bakteerin osalta kuitenkin myös Pohjois-Euroopan maissa on havaittu nousevaa suuntausta sen resistenssissä tietyille antibioottiluokille sekä moniresistenssistä, esimerkiksi Tanskassa ja Norjassa, joissa suhtaudutaan perinteisesti varovaisesti antibioottien käyttöön.

Säännöllisen suuntausten analyysin ja tilannekatsauksen lisäksi tässä vuoden 2009 EARS-Net-raportissa on uusi keskeinen luku, jossa tehdään perusteellinen analyysi *E. coli* -bakteerista ja MRSA:sta. Nämä analyysit perustuvat yksinomaan monien vuosien ajan johdonmukaisesti ilmoittaneiden laboratorioiden tietoihin. Perusteellisessa analyysissä vahvistetaan monilääkeresistenssin jatkuva lisääntyminen ja osoitetaan *E. coli* -bakteerin mikrobilääkeherkkyyden laskeneen monen vuoden ajan tasaisesti ja huomattavasti. MRSA:n osalta havaittu lasku kertonee sairaaloiden infektion valvontatoimenpiteiden tehokkuudesta, ja se voi jopa antaa hieman toivoa rajoittamisstrategioiden onnistumisesta muilla alueilla.

Lopuksi, osallistuvien maiden EARS-Netille vuonna 2009 raportoimat tiedot antavat tietopohjan mikrobilääkeresistenssin esiintyvyydestä Euroopassa, ja niissä dokumentoidaan tärkeimpiä bakteeripatogeeniä koskevien mikrobilääkehoitoa koskevien vaihtoehtojen valittava ja tasainen väheneminen.

## 10 HIV/AIDSIN VALVONTA EUROOPASSA 2009

(Julkaistu marraskuussa 2010)

### Keskeiset näkökohdat

HIV-infektio on Euroopassa edelleen kansanterveydellisesti merkittävä ongelma. Monissa Euroopan maissa on todisteita HIV:n jatkuvasta leviämisestä. Puutteellisesta raportoinnista huolimatta joka vuosi diagnosoitujen tapausten määrän laskusta ei yleisesti ole selkeitä merkkejä. Vuodesta 2004 alkaen uusien diagnosoitujen 100 000:ta henkilöä kohti raportoitujen HIV-tapausten määrä on lisääntynyt miltei 30 prosenttia, 6,6 tapauksesta 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2004 8,5 tapaukseen 100 000:ta henkilöä kohti vuonna 2009. Diagnosoitujen aids-tapausten määrä on edelleen laskenut WHO:n Euroopan alueella, lukuun ottamatta itäosaa, jossa aids-tapausten määrä on noussut. Vuosina 2004–2009 aids-tapauksista säännöllisesti raportoivassa 48 maassa raportoitujen diagnosoitujen aids-tapausten aste laski 2,0:sta 100 000:ta henkilöä kohti 1,0:aan 100 000:henkilöä kohti.

- Vuonna 2009 diagnosoitiin ja raportoitiin 53 427 HIV-tapausta 49:ssä WHO:n Euroopan alueen 53 maasta (tietoja ei ole saatavilla Itävallasta, Monacosta, Venäjältä ja Turkista). Korkeimmat luvut ilmoitettiin Moldovassa, Ukrainassa, Uzbekistanissa ja Virossa.
- 6568 aids-tapausta ilmoitettiin 48 maassa (tietoja ei ole saatavilla Itävallasta, Ruotsista, Monacosta, Venäjästä ja Turkista).
- Vuonna 2009 Euroopan unionin ja Euroopan talousalueen (EU/ETA) maista ilmoitettiin 25 917 uudesta diagnosoidusta HIV-infektiosta (tietoja ei ole saatavilla Itävallasta). EU-/ETA-maissa korkeimmat luvut ilmoitettiin Latviassa, Portugalissa, Virossa ja Yhdistyneessä kuningaskunnassa.
- EU-/ETA-maissa HIV-infektion pääasiallinen leviämistapa on miesten välinen seksi, seuraavaksi yleisin on heteroseksuaalinen kontakti. Noin 38 prosenttia heteroseksuaalisiksi tartunnoiksi ilmoitetuista tapauksista diagnosoitiin henkilöillä, joiden kotimaassa HIV-epidemioiden ovat yleisiä.
- Pääasiallinen leviämistapa vaihtelee alueittain kyseisillä kolmella maantieteellisellä/epidemiologisella alueella, mikä kertoo siitä, että maiden välillä on merkittäviä eroja HIV:n epidemiologiassa. Vaikka raportoituista tiedoista käy ilmi, että heteroseksuaalisesta kontaktista on tullut pääasiallinen leviämistapa idässä, Venäjän tapausten, joita ei ole saatavilla tätä raporttia varten, mukaan ottaminen lisäisi huomattavasti suonensisäisten huumeiden käytön aiheuttamien tapausten suhteellista osuutta. Suonensisäisten huumeiden käytön osuus alueen infektioista olisi siten suurempi koko alueella ja erityisesti idässä. Alueen keskiosassa HIV-infektion pääasiallinen leviämistapa on miesten välinen seksi, seuraavaksi yleisin on heteroseksuaalinen kontakti. Myös alueen länsiosassa pääasiallinen leviämistapa on miesten välinen seksi, seuraavaksi yleisin on heteroseksuaalinen kontakti; tällöin mukana eivät ole tapaukset, joissa henkilö on lähtöisin maasta, joissa epidemioiden ovat laajalle levinneitä.
- Tässä esitettyihin tietoihin liittyy joitakin rajoituksia, jotka johtuvat etenkin monien maiden puutteellisesta raportoinnista ja puuttuvista tiedoista sekä raportoinnin viivästyemisestä. Tämä rajoittaa Euroopan HIV- ja aids-epidemioiden laajuudesta tehtäviä johtopäätöksiä. Jos nämä tiedot olisi voitu ottaa huomioon, tapausten määrä olisi ollut yli kaksinkertainen vuonna 2009.

### HIV:n/AIDSIN VALVONTAA KOSKEVAT SUOSITUKSET

HIV:n ja aidsin seurantatiedot ovat erittäin tärkeitä HIV-epidemian suuntauksien seurannan ja nykyisen tilanteen valvonnan 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; ja
- parantaa toimitettujen tietojen laatua, etenkin todennäköisten leviämisteiden ja CD4-solupitoisuuden suhteen.

### 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:

- Itäisen osan maat: HIV:n torjuntaan suonensisäisten huumeiden käyttäjillä tähtäävien toimenpiteiden, kuten haittoja vähentävien ohjelmien, pitäisi olla HIV:n ennaltaehkäisystrategioiden kulmakivi. Toimenpiteitä pitäisi myös lujittaa taudin heteroseksuaalisen leviämisen ennaltaehkäisemiseksi ja kohdistaa etenkin niihin, joiden kumppaneilla on suuri riski

- Keskiosan maat: ennaltaehkäisy pitäisi mukauttaa kunkin maan olosuhteisiin epidemian rajoittamiseksi nykyiselle matalalle tasolle. Koska epidemia miesten kanssa seksiä harjoittavien miesten keskuudessa on kuitenkin voimistumassa, olisi ensisijaisesti pyrittävä tehostamaan toimenpiteitä HIV:n torjumiseksi tässä ryhmässä.
- Läntisen osan maat: miesten kanssa seksiä harrastavien miesten kohdalla HIV:n torjuntaan tähtäävien toimenpiteiden pitäisi olla HIV:n ennaltaehkäisystrategioiden kulmakivi, ja niihin tulisi sisällyttää tälle ryhmälle suunnattuja innovatiivisia ohjelmia. Ennaltaehkäisy- ja hoitotoimet on mukautettava kunkin maahanmuuttajaryhmän tarpeisiin.
- HIV-testausta pitäisi edistää kaikilla osa-alueilla, jotta varmistetaan varhainen diagnosointi, hoitoon pääsy ja neuvonta taudin leviämisen estämiseksi tai vähentämiseksi sekä vähennetään myöhään testiin tulijoiden määrää ja parannetaan pidemmän aikavälin hoitotuloksia yksittäisten henkilöiden osalta. Kaikille väestöryhmille olisi tarjottava tasapuolinen pääsy HIV:hen liittyvien hoito- ja hoivapalvelujen piiriin, jotta maat pääsisivät ennaltaehkäisyyn ja hoidon yleistä saatavuutta koskevaan tavoitteeseen ja jotta ne saavuttaisivat Euroopan komission tiedonannossa ja toimintasuunnitelmassa "Hivin/aidsin torjunta Euroopan unionissa ja sen naapurimaissa vuosina 2009–2013" asetetut tavoitteet.

## Erikoisraportit

### 11 HIV/aidsin torjuntaa Euroopassa ja Keski-Aasiassa koskevasta kumppanuudesta annetun Dublinin julistuksen täytäntöönpano: vuoden 2010 edistymisraportti

(Julkaistu syyskuussa 2010)

Euroopan ja Keski-Aasian maiden edustajat tapasivat Dublinissa helmikuussa 2004 ja antoivat julistuksen, jossa keskityttiin maiden vuonna 2001 HIV/aidsia koskevassa Yhdistyneiden Kansakuntien yleiskokouksen ylimääräisessä istunnossa (UNGASS) antaman sitoumusjulistuksen täytäntöönpanon nopeuttamiseen.

Mitä edistystä on siis saatu aikaan? Tuo kysymys on tämän raportin aihe. Siinä pyritään dokumentoimaan saavutuksia käyttämällä maakohtaisia raportteja ja vertailemalla tiettyjä alueen maiden merkityksellisiä indikaattoreita. Yleisesti siinä käytetään mahdollisuuksien mukaan olemassa olevia tietoja ja perustetaan se aiempaan työhön ja erityisesti WHO:n Euroopan aluetoimiston ja UNAIDS:n vuonna 2008 antamaan raporttiin. Räättälöidyt kyselylomakkeet lähetettiin 55 maalle, ja 49:ltä saatiin vastaukset.

#### Poliittinen johtajuus ja kumppanuus

Miltei kaikki maat raportoivat, että niillä on strategiset puitteet HIV:tä koskevaa reagoimista varten (92 %) ja hallinto-/koordinoituihin (84 %), kahdeksan maata raportoi kehittäneensä strategiset puitteensa viiden viime vuoden aikana eli Dublinin julistuksen jälkeen. On kuitenkin epäselvää, annetaanko näillä yleisillä toimenpiteillä asianmukaiset valtuudet HIV:tä koskevalle poliittiselle johtajuudelle alueella. Asianmukaisempaa saattaisi olla

- määritellä, miten HIV:n ennaltaehkäisyä koskevat taloudelliset resurssit kohdennetaan asianmukaisesti keskeisimpiin väestönsosiin, kuten suonensisäisten huumeiden käyttäjiin, miesten kanssa seksiä harrastaviin miehiin ja seksityöntekijöihin,
- määritellä, panevatko maat keskeisiä toimenpiteitä, kuten suonensisäisten huumeiden käyttäjien haittoja vähentäviä ohjelmia ja miesten kanssa seksiä harrastavien miesten ennaltaehkäisyohjelmia, täytäntöön riittävän laajasti ja
- määritellä, miten maat ovat käsitelleet vaikeita mutta olennaisen tärkeitä syrjäytyneisiin ja suurimmassa vaarassa oleviin väestönsosiin liittyviä poliittisia kysymyksiä, kuten vankilassa olevien suonensisäisten huumeiden käyttäjien haittoja vähentävien ohjelmien tarjontaa ja palvelujen tarjoamista siirtolaisille, joiden kotimaassa HIV-epidemiat ovat yleisiä.

Yleisesti on vahvaa näyttöä siitä, että kansalaisyhteiskunta tunnustetaan laajasti keskeiseksi toimijaksi HIV:hen reagoimisessa koko alueella ja että se on voimakkaasti mukana tuossa reagoinnissa. Miltei kaikki maat (98 %) esimerkiksi raportoivat ottaneensa kansalaisyhteiskunnan jollakin tavalla mukaan strategisten puitteidensa kehittämiseen. Dublinin julistuksen ensimmäisen edistymisraportin tulosten mukaisesti sekä hallitus että kansalaisyhteiskunta raportoivat, että kansalaisyhteiskunnan mukaan ottamisesta HIV:hen reagoimiseen oli erityisiä hyötyjä, ja kansalaisyhteiskunta totesi, että niiden mahdollisuudet reagoimiseen osallistumiselle paranivat vuosina 2005–2007. Yksityisen sektorin virallinen osallistuminen HIV:hen reagoimiseen näyttää olevan paljon rajallisempaa.

HIV-epidemiat Euroopassa ja Keski-Aasiassa keskittyvät laajasti tiettyihin väestönsosiin. Näyttöä on siitä, että jotkin alueen maat keskittävät rahoituksensa tehokkaasti ennaltaehkäisyponnistuksiin niiden väestönsosien osalta, joihin HIV vaikuttaa eniten. Sen tehostamisella taattaisiin parempi vastine rahoille ja lisäksi saataisiin yleisesti aikaan tehokkaampi reaktio. Vaikka rahoitus alueen kansallisille HIV:hen reagoimista koskeville toimille tulee koko ajan enemmän kotimaisista lähteistä, alueen pieni- ja keskituloiset maat tarvitsevat kipeästi jatkuvaa rahoitustukea HIV:hen reagoimiseen. Tämän rahoitustuen tarjoamista koskevien kestävien mekanismien luomisen on oltava kaikkien alueen maiden ensisijainen tavoite.

Dublinin julistuksen jälkeen HIV:hen reagoimiseen maailmanlaajuisesti saatavilla olevilla varat ovat lisääntyneet jyrkästi. Ennen julistusta, vuonna 2002, HIV:hen reagoimiseen maailmanlaajuisesti saatavilla olevat varat olivat 1,2 miljardia Yhdysvaltain dollaria. Määrä nousi yli kuusinkertaiseksi, 7,7 miljardiin Yhdysvaltain dollariin vuonna 2008. Tämän lisäyksen johdossa ovat olleet Yhdysvallat ja jotkin Euroopan maat, sekä kahdenvälisen että monenvälisen aloitteiden avulla. Vuonna 2008 kaikista avunantajamaiden kansainväliselle aids-avulle antamista varoista 40 prosenttia tuli Euroopan unionin (EU) jäsenvaltioista, Euroopan vapaakauppa-alueen (EFTA) maista ja Euroopan komissiolta. Nykyisen maailmanlaajuisen rahoituskriisin ja rahoituksen kilpailevien painopistealueiden

takia on tärkeää, että alueen maat vastaavat haasteeseen säilyttää ja edelleen nostaa rahoituksen tasoa ja taata, että rahoitus käytetään mahdollisimman tehokkaasti.

## Ennaltaehkäisy

On vahvaa näyttöä siitä, että HIV vaikuttaa erityisesti tiettyihin keskeisiin väestönsiin Euroopassa ja Keski-Aasiassa. Jatkuvana haasteena on varmistaa, että näiden väestönsien käytössä on tarvittavat HIV:n ennaltaehkäisypalvelut riittävässä laajuudessa. Dublinin julistuksen ensimmäisessä edistymisraportissa todettiin, että on tärkeää tehostaa ja laajentaa kohdennettuja HIV-ponnistuksia epätasa-arvon vähentämiseksi, ja tämä kysymys on alueella edelleen merkityksellinen.

Tiedetään hyvin, että suonensisäisten huumeiden käyttäjät ovat erityisen alttiita HIV-infektioille, ja se on totta koko alueella. On myös selvää, että HIV:n välittymistä suonensisäisten huumeiden käyttäjien keskuudessa voidaan rajoittaa, jos tarjotaan riittävästi tehokkaita palveluja muutoksen aikaansaamiseksi. Keskeisiä laajoja toimenpiteitä ovat muun muassa yhtä suonensisäisten huumeiden käyttäjää kohti vuodessa jaettujen neulojen/ruiskujen määrä ja opioidikorvaushoitoa saavien suonensisäisten huumeiden käyttäjien osuus. Kaikkien maiden on pyrittävä ohjelman korkeatasoiseen kattavuuteen, jonka jotkin ovat jo saavuttaneet.

Tiedetään myös hyvin, että HIV vaikuttaa erityisesti miesten kanssa seksiä harrastaviin miehiin joissakin maissa ja alueilla, myös joissakin Euroopan osissa. HIV vaikuttaa erityisesti miesten kanssa seksiä harrastaviin miehiin alueen läntisessä osassa, mutta näyttöä on myös siitä, että se vaikuttaa heihin aiempaa enemmän myös alueen muissa osissa. Tätä näyttöä tukevat ensimmäisen edistymisraportin havainnot siitä, että miesten kanssa seksiä harrastavien miesten keskuudessa on piilevä HIV-epidemia. Tämän ryhmän infektioasteet nousevat edelleen joissakin maissa. Sen syyt ovat kuitenkin epäselvät ja saattavat vaihdella maittain. Näistä syistä tarvitaan lisänäyttöä, ja sitä pitäisi saada käynnissä olevasta Euroopan laajuisesta Internet-kyselystä miesten välisestä seksistä (EMIS). Vaikka ei ole selvää, miten miesten kanssa seksiä harrastaville miehille suunnattujen ohjelmien kattavuutta voidaan mitata tarkasti, voidaan kuitenkin havaita, että kattavuus on edelleen matala monissa maissa ja että suojaamatonta anaaliseksiä koskevat asteet ovat edelleen sietämättömän korkeita. Joistakin maista on myös näyttöä siitä, että HIV-ohjelmien ulkopuolelle jäävät tietyt miesten kanssa seksiä harrastavien miesten ryhmät – nuoret, pääkaupunkien ulkopuolella asuvat, vähemmän koulutetut ja itsensä biseksuaaleiksi katsovat.

Vaikka seksityöntekijöillä katsotaan yleisesti olevan erityinen riski saada HIV-infektio, alueella siitä on vähemmän näyttöä. Esimerkiksi HIV:n esiintymisasteet seksityöntekijöiden keskuudessa ovat suhteellisen alhaiset monissa alueen maissa. Se ei kuitenkaan ole totta kaikkien seksityöntekijöiden osalta. Joillakin seksityöntekijöiden luokilla on korkeammat HIV-infektioasteet, muun muassa suonensisäisten huumeiden käyttäjillä, miespuolisilla ja transsukupuolisilla seksityöntekijöillä, niillä, joiden kotimaassa epidemiat ovat laajalle levinneitä, ja niillä, jotka työskentelevät kadulla. Kaikkien seksityöntekijöiden keskuudessa kondomin käyttöä kaupallisen seksin aikana koskevat raportoidut asteet ovat suhteellisen korkeita ja luultavasti merkityksellisempiä kuin seksityöntekijöiden tietoja koskevat yleiset toimenpiteet.

HIV vaikuttaa erityisesti siirtolaisiin, joiden kotimaassa HIV-epidemiat ovat laajalle levinneitä. Vaikka jotkin maat ovat huolissaan muista siirtolaisryhmistä, vakuuttavaa näyttöä siitä, että HIV vaikuttaa näihin ryhmiin suhteettomasti, lukuun ottamatta muuta riskikäyttäytymistä kuten suonensisäisten huumeiden käyttöä, on vain vähän. Siirtolaisia koskevat kysymykset liittyvät HIV:n ennaltaehkäisyyn lisäksi hoidon tarjoamiseen. Monissa maissa on erityisiä kysymyksiä, jotka liittyvät laittomien siirtolaisten pääsyyn olennaisiin palveluihin, kuten antiretroviraaliseen hoitoon.

Vangit, erityisesti suonensisäisiä huumeita käyttävät, ovat alueella myös erityisen alttiita HIV-infektioille. Vaikka tunnustetaan, että vankiloissa ja yhteisössä on oltava saatavilla samat HIV-palvelut, niin ei kuitenkaan ole monissa alueen maissa. EU-/EFTA-maat ovat ottaneet vahvan johtoaseman opioidikorvaushoidon tarjoamisessa vankiloissa, mutta monessa alueen maassa ei ole omaksuttu tätä mallia. Tämä johtajuus ei ole ollut niin johdonmukaista steriilien ruiskujen tarjoamisessa vankiloissa.

Nuorten erityinen altistuminen alueen maissa osoittautui olevan tämän katsauksen kiistanalainen kysymys. Nuoria ei selvästikään voida käsitellä yhtenäisenä ryhmänä HIV-riskin osalta. Joillakin on kuitenkin huomattava riski, esimerkiksi nuorilla suonensisäisten huumeiden käyttäjillä ja nuorilla miesten kanssa seksiä harrastavilla miehillä, ja jonkin verran näyttöä on myös siitä, että nämä ryhmät tavoitetaan ohjelmiin sisältyvällä reagoinnilla huomattavasti nopeammin kuin vanhemmat ikäryhmät. Vaikka yli kolme neljäsosaa maista raportoi, että HIV-valistus on osa toisen asteen oppilaitosten opetusohjelmaa, on huolestuttavaa, että kattava seksuaaliterveysvalistus ei ole alueen kaikkien nuorten, erityisesti nuorimpien, saatavilla, esimerkiksi peruskouluissa.

## HIV:n kanssa eläminen

Kaikki suuntauksista tietoa antaneet maat raportoivat, että antiretroviraalista hoitoa saaneiden ihmisten määrä on lisääntynyt Dublinin julistuksen antamisen jälkeen. On esitetty kuitenkin huolia siitä, että monet näistä maista aloittivat erittäin alhaiselta hoidon tarjonnan asteelta, ja siitä, saavatko kaikki hoitoa tarvitsevat sitä nopeasti. Hoidon nopeaa toimittamista sitä tarvitseville koskeva keskeinen kysymys ei liity hoidon tarjoamiseen niille, joiden



tiedetään tarvitsevan sitä, esimerkiksi, jos CD-solutaso on  $< 350$  solua/mm<sup>3</sup>. Kysymys on pikemminkin siitä, miten paljon alueella on HIV:n kanssa eläviä ihmisiä, jotka eivät tiedä HIV-tilannettaan eli joita ei ole diagnosoitu. ECDC:n vuoden 2008 tiedot osoittavat, että 21 maassa, jotka raportoivat CD4-tasoa diagnoosin aikana koskevista tiedoista, yli puolella niistä, joilla oli CD4-taso, se oli diagnosoitaessa alle 350 solua/mm<sup>3</sup>. Nämä luvut ovat erittäin huolestuttavia, koska ne osoittavat, että huomattava määrä alueen ihmisiä aloittaa antiretroviraalihoidon suositeltua myöhemmin.

Miltei kaikki maat (84 %) raportoivat, että leimaamista ja syrjintää käsitellään HIV:tä ja aidsia koskevilla kansallisissa strategioissa tai toimintapuitteissa, mutta se ei näy johdonmukaisesti toimissa tai ohjelmissa. On myös vahvaa näyttöä siitä, että alueen maissa on jäljellä leimaavia ja syrjiviä asenteita, eikä ole selvää, miten paljon saatavilla olevia mekanismeja käytetään leimaamisen ja syrjinnän torjumiseen. Tämä tilanne ei ole parantunut huomattavasti Dublinin julistuksen ensimmäisen edistymisraportin jälkeen.

## Dublinin julistuksen seuranta

Yksi Dublinin julistuksen sitoumuksista oli sen täytäntöönpanon seuranta. Euroopan komissio antoi tämän velvollisuuden ECDC:lle. Tämä raportti on tulos prosessista, jonka ECDC käynnisti täyttääkseen tuon velvollisuuden. Se perustuu monien eri henkilöiden ja järjestöjen panokseen. Erityisesti raportin tietoja on saatu tähän katsaukseen osallistuneelta 49 maalta.

Kaksi tämän katsauksen aikana noudatettua periaatetta olivat olemassa olevien tietojen ja indikaattorien käyttäminen mahdollisuuksien mukaan ja sen varmistaminen, että seurattavat indikaattorit olivat asiaankuuluvia Euroopan ja Keski-Aasian maiden puitteissa. Näiden periaatteiden välillä oli toisinaan jännitteitä, erityisesti siitä, miten UNGASSin indikaattoreita ja tietoja voidaan käyttää prosessissa. UNGASSin indikaattoreita on käytetty aina, kun se on ollut mahdollista. Jos maat olivat toimittaneet tietoja etukäteen UNGASSille, niitä käytettiin. Tietoja saatiin 12 maasta, jotka eivät toimittaneet raportteja UNGASSille vuonna 2008. Katsauksessa erityisesti sallittiin maiden toimittama tietyistä aiheista saatavilla olevia tietoja, vaikka ne eivät olisikaan vastanneet tarkasti UNGASSin indikaattoreita. Tietoa on myös kerätty joistakin väestöryhmistä, joista ei ole erityisiä UNGASSin indikaattoreita, esimerkiksi vangeista ja siirtolaisista, joiden kotimaassa epidemiat ovat laajalle levinneitä. Tässä katsauksessa todetaan, että UNGASSin raportointia varten saataisiin alueen maista korkeammat vastausasteet, jos

- indikaattorit olisivat merkityksellisempiä alueelle
- kansainvälisen raportoinnin eduista kerrottaisiin selkeämmin
- maiden raportointitaakkaa vähennettäisiin luomalla yksi koordinoitu kansainvälinen raportointiprosessi.

Tähän katsaukseen osallistuneiden alueen maiden akuuttina huolena oli näiden kysymysten käsittelyn nopea aloittaminen. ECDC on sitoutunut toimimaan keskeisesti kyseisessä alueellisessa prosessissa.

## 12 Vuoden 2009 A(H1N1)-pandemia Euroopassa – Yhteenvedo kokemuksista

(Julkaistu marraskuussa 2010)

Tämän kattavan raportin tarkoituksena on tarjota laaja katsaus vuoden 2009 pandemian epidemiologiasta ja virustutkimuksesta Euroopan unionin ja Euroopan talousalueen (EU/ETA) maissa (27 EU:n jäsenvaltiota ja Norja ja Islanti). Siinä annetaan asiaankuuluvat taustatiedot influenssaepidemioiden ja -pandemioiden, erityisesti niiden vaihtelevuudesta ja ennakoimattomuudesta. Tärkeimmät suuntaukset ja tiedot on saatu epidemiologisista ja virologisista tiedoista ja muista analyyseistä, jotka on toimitettu Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskuksen (ECDC) Euroopan seurantajärjestelmälle (TESSy) Euroopan influenssan seurantaverkoston (EISN) kautta.

Nämä tiedot ja analyysit osoittavat, että puhjettuaan Pohjois-Amerikassa pandemiavirus alkoi siirtyä Eurooppaan suunnilleen viikolla 16/2009. Virus täytti aiemmin määritetyt pandemian kriteerit Euroopassa aivan kuten muuallakin. Pandemiaan soveltuva valvonta kehitettiin nopeasti ja siitä sovittiin ECDC:ssä ja EU:n ja ETAn jäsenvaltioissa, ja siihen osallistuivat Maailman terveysjärjestö (WHO) ja Euroopan ulkopuoliset maat, joissa sitä jo oli. Sitä kehitettiin aiemmin olemassa olleiden järjestelmien nojalla, mutta siihen sisällytettiin uusia osia, joiden ansiosta pystyttiin valvomaan tilannetta maissa, joihin pandeeminen virus jo voimakkaasti vaikutti. Lisäksi käytettiin epidemiaa koskevia tutkimustietoja ja kohdennettuja tieteellisiä seurantamenetelmiä määrittämään mahdollisimman pian merkittävät muuttujat, joita tarvittiin tietoon perustuviin riskinarviointeihin, suunnitelmien mukauttamiseen ja vastatoimenpiteistä tiedottamiseen.

Euroopan influenssan seurantaverkosto tiedotti alustavasti kevään/kesään leviämisaallosta, jota esiintyi useimmissa maissa mutta joka iski vain muutamaan maahan, erityisesti Yhdistyneeseen kuningaskuntaan. Leviämisaste hidastui hetkeksi kesän edetessä mutta nopeutui jälleen alkusyksystä juuri koulujen alkamisen jälkeen. Tällä kertaa se vaikutti kaikkiin maihin, ja syksyn/talven aallon nähtiin etenevän lännestä itään koko maanosan läpi. Maailman terveysjärjestö julisti pandemian virallisesti vuoden 2010 viikolla 32.

Useimmissa maissa syksyn/talven infektioaalto oli jyrkkä kestäen noin 14 viikkoa, ja sitä seurasi vastaava sairaalahoidon ja kuolemien aalto. Taudin vakavuudessa oli kuitenkin eroja, ja se vaihteli paikoittain, jopa maiden sisällä. EU-/ETA-maissa raportoitiin virallisesti yhteensä 2 900 kuolemasta ensimmäisen 12 kuukauden aikana, jonka aikana jäsenvaltiot ponnistelivat erityisesti kerätäkseen näitä tietoja. On kuitenkin tunnustettu, että se on vain osa todellisista pandemiasta johtuneista kuolemista. Kouluikäisillä lapsilla havaittiin kaikista syistä johtuvien kuolemien lisääntymistä. Vaikka tällaista influenssavirusta ei ollut aiemmin kohdattu, aiempi altistuminen 1950-luvun puolivälissä kiertäneelle oletettavasti antigeenisesti samanlaiselle influenssavirukselle takasi, että monilla iäkkäämmillä ihmisillä Euroopassa oli aiemmin jonkin verran immuniteettia. Tämä seikka, joka ei ole ainoa laatuinen vuoden 2009 pandemian osalta, selittää kaksi huomattavaa piirrettä, jotka erottavat sen pandemioiden välisestä influenssasta tai kausi-influenssasta: yleinen vähäinen kuolleisuus ja odotettua korkeampi nuorten ihmisten suhteellinen sairastumis- ja kuolleisuustasoa. Vaikka monet iäkkäät ihmiset näyttivät olevan suojassa, niillä, jotka eivät olleet, oli kaikkien ikäryhmien korkeimmat kuolleisuusluvut.

Pandemiavirus syrjäytti aiemmin vallitsevat pandemioiden väliset influenssa A -virukset Euroopassa. Influenssa B -viruksia esiintyi kaudella kuitenkin edelleen matalalla tasolla. Vain pienen osan pandemiaviruksista havaittiin olevan resistenttejä oseltamivirille, ja niistä vain hyvin harva näytti pystyvän siirtymään ihmisestä toiseen. Vaikka pandemiavirukset eivät ole identtisiä, huomattavasta poikkeamasta tai uusien vallitsevien muunnosten esiintymisestä on tähän mennessä vain vähän näyttöä. Yhden muunnoksen – A(H1N1)-D222G – on esitetty liittyvän vakavampaan tautiin, vaikka syysuhdetta ei ole vahvistettu.

Vaikka epäviralliset näytöt antavat ymmärtää, että verrattuna pandemioiden väliseen influenssaan tapaukset olivat lievempiä ja oireettomampia, akuutista hengitysvaikeusoireyhtymästä (ARDS) – sairaus, jota tavataan hyvin harvoin pandemioiden välisen influenssan yhteydessä – oli kuitenkin riittävästi tapauksia, jotka edellyttivät monissa paikoissa tehohoitoa. Pienillä lapsilla sairastuvuus olivat korkeinta, ja maaraportit paljastavat, että kouluikäisillä lapsilla oli eniten tartuntoja. Suuri sairastuvuus aiheutti erityistä taakkaa ensiavuille, sairaaloiden lastenosastoille ja erityisesti tehohoitoyksiköille joissakin kunnissa.

Serologisista tutkimuksista ollaan nyt saamassa jonkin verran rajallisia tietoja, jotka tukevat seurantatietoja, joissa osoitetaan, että tartuntojen määrä olisi suurempi kuin kliiniset merkit olisivat antaneet odottaa. Ne eivät kuitenkaan vielä riitä luotettavien ennustusten tekemiseen siitä, mitä tapahtuu seuraavana talvena (2010–2011), ja sitä varten eteläisen pallonpuoliskon lauhkean ilmastosta saadut kokemukset Euroopan kesällä 2010 ovat olleet erittäin paljastavia.

Varhaisessa vaiheessa pandemia ei ollut läheskään niin ankara kuin oli pelätty. Sitä korostettiin varhaisissa ECDC:n riskinarvioinneissa<sup>6</sup>, WHO:n raporteissa ja ECDC:n kansallisille ja eurooppalaisille viranomaisille antamissa tiedotteissa. Koska työstä poissaoloja oli vähän, vaikutus terveydenhuoltosektorin ulkopuolella oli myös vähäinen. Tämä ja muut piirteet tarkoittivat, että se oli ehdottomasti hyvälaatuisin pandemia, jota Eurooppa pystyi toivomaan.

Koska vuoden 2009 pandemia oli ennakoitua pienempi uhka monille maille, sillä testattiin voimassa olevien suunnitelmien joustavuutta. Pandemia puhkesi aikana, jolloin diagnostiset testit saatiin nopeasti käyttöön, kuten myös ennaltaehkäisevät lääkehoidot esimerkiksi antiviraalit – joilla on vähän resistenssiä neuraminidaasin estäjille mutta miltei täydellinen resistenssi vanhemmille adamantaaneille – ja asianmukaiset rokotteet, joita kehitettiin nopeammin kuin koskaan ennen. Jokainen näistä kehitysvaiheista kuitenkin sai aikaan omat ongelmansa, ja uusia haasteita ja yllätyksiä ilmeni. Kuten aiemmin mainittiin, ARDS:n aste oli odotettua korkeampi, kun monet tehohoitoyksiköt olivat jo kovan paineen alaisena ilman, että muihin sairaaloiden osiin välttämättä kohdistui painetta. Sitä myönteisempi yllätys oli se, että nopeasti valmistetut pandemiarokotteet antoivat niin hyvän immunologisen vasteen, että monissa valmisteissa aikuisille tarvittiin vain yksi annos. Ne osoittautuivat olevan myös tehokkaita ja hyväksyttävän turvallisia, vaikka markkinoille saattamisen jälkeisestä valvonnasta on edelleen huolehdittava, jotta voidaan määrittää tarkasti, kuinka turvallisia ne ovat. Kun rokotteet annettiin saataville, ne otettiin vastaan vaihtelevalla innostuksella terveydenhuollon ammattilaisten rokottamiseksi. EU:n tasolla ei ole vielä saatavilla luotettavia kattavuustietoja, mutta vaikutelma on, että kattavuus on erittäin vaihtelevaa koko Euroopassa, koska vain muutamat maat saavuttivat korkean kattavuuden koko väestön tai kohdennettujen riskiryhmien osalta.

Tämän rokotteen laajan hyväksynnän puute johtuu osittain vaikeuksista välittää monimutkainen riskiestintää koskeva viesti, jossa pääasiassa kerrotaan ihmisille, että elleivät he ole riskiryhmässä (pieniä lapsia, ihmisiä, joilla on krooninen sairaus ja raskaana olevia naisia), mahdollisuus saada infektiosta johtuva vakava sairaus on hyvin vähäinen. Koska 25–30 prosenttia virallisista kuolemista tapahtui kuitenkin aiemmin terveiden alle 65-vuotiaiden keskuudessa, toinen viesti oli, että täysin terveillä aikuisilla ja lapsilla oli pieni mutta todellinen riski saada vakava sairaus ja kuolla pandemian seurauksena. Riskiviestinnän haasteet olivat siksi huomattavat.

Siksi lienee oikeudenmukaista sanoa, että EU-/ETA-maat onnistuivat vastaamaan pandemiaan kohtuullisen hyvin. Mikään maa ei ylireagoanut, ja komission, WHO:n ja ECDC:n keskustelua ja tiedonjakoa ja analyyseja varten kehittämät järjestelmät osoittautuivat toimiviksi ja hyödyllisiksi. EISN:n virustutkimukseen ja ensihoitoon perustuva seuranta toimi hyvin ja auttoi lisäämään ECDC:n epidemiaa koskevasta tutkimuksesta ja kohdennetuista tieteellistä seurantaa koskevista lähteistä peräisin olevia tietoja. Yhtä onnistunutta ei ollut pandemian kohteeksi ensin joutuneiden maiden analyysien jakaminen, ja oli onni, että tiedot ja analyysit Pohjois-Amerikasta ja eteläiseltä pallonpuoliskolta olivat nopeasti saatavilla. Monien jo käynnissä olevien tarkistusten ja saatujen kokemusten ja koskevien toimien lisäksi jotkin yleiset opetukset ovat käyneet välittömästi selviksi:

- sovittuja määritelmiä pandemian vakavuudesta tarvitaan valmiussuunnitelmien joustavuuden parantamiseksi;
- ennen pandemiaa laadituilla rutiinimaisilla seurantajärjestelmillä varmistetaan, että kriisissä tai jopa pandemioiden osalta on vähemmän muutostarpeita;
- sairaaloissa olevien ihmisten seurantaa "vakavimpien tapausten" ja kuolemien osalta koskevien rutiinien olisi oltava parempia;
- tulevaisuudessa pandemian kohteeksi ensin joutuneilta mailta saatavien varhaisten analyysien jakamisen on toimittava paremmin;
- on tehtävä enemmän työtä, myös tutkimusta ja kehitystä, seroepidemiologian saamiseksi saataville oikea-aikaisesti ja
- pandemian aikaisen mallintamisen olisi liityttävä tiiviimmin toimiin ja toimenpiteisiin koko Euroopassa, ei vain muutamassa maassa.

Pandemiaa koskevaa suunnittelua on nyt tarkistettava, koska tämän pandemian puhkeaminen ei sulje pois mahdollisuutta, että lähitulevaisuudessa puhkeaa uusi pandemia, esimerkiksi H5- tai H7-pandemia. Suunnitelmien seuraavan sukupolven on sisällettävä enemmän joustavuutta eri vakavuusasteisiin ja ECDC:n pandemioiden eri "tuttuihin tuntemattomiin" yhdistelmiin reagoimiseksi. Se olisi toteuttamiskelpoisempaa, jos vakavuuden arvioinnin eurooppalaisesta näkemyksestä saataisiin aikaan jonkinlainen yksimielisyys, joka vastaa eri lajauksiin ja piirteisiin reagoimista koskevia tasoja. Näissä seuraavissa suunnitelmissa on tarjottava myös vahvistusta ja kestävyttä influenssan seurantajärjestelmille, jotka on otettu käyttöön, jotta voidaan vastata pandemiasta aiheutuviin tarpeisiin, erityisesti vakaviin akuutteihin hengitystieinfektioihin, taudista johtuvaan kuolleisuuteen ja mahdollisesti

<sup>6</sup> Saatavilla seuraavalta sivulta:

[http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk\\_threat\\_assessment/Pages/risk\\_threat\\_assessment.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx)

seroepidemiologiseen seurantaan. Tämän seurantatyön on oltava painopisteala, sille on annettava asianmukaiset resurssit ja sitä on myöhemmin kehitettävä ja testattava pandemioiden välisenä aikana, jotta se voi olla toimivampaa ja tehokkaampaa, kun seuraava suuri kriisi puhkeaa.

## 13 Edistyminen kohti tuberkuloosin poistamista – Euroopan unionin tuberkuloosin torjunnan puitetoimintasuunnitelman jatkotoimet

(Julkaistu marraskuussa 2010)

### Johdanto

Euroopan tautien ehkäisy- ja valvontakeskus käynnisti Euroopan unionin tuberkuloosin torjunnan puitetoimintasuunnitelman vuonna 2008. EU:n terveydenhuollosta vastaava komission jäsen pyysi kehittämään valvontapuitteet suunnitelman tueksi, ja sen perusteella ECDC on nyt laatinut jatkotoimet puitetoimintasuunnitelmalle. Puitetoimintasuunnitelman jatkotoimien tavoitteena on antaa katsaus tuberkuloosin valvonnan nykyisistä strategisista puitteista EU:ssa ja kertoa, miten se liittyy maailmanlaajuiseen tilanteeseen ja kuvata epidemiologisia ja strategisia valvontapuitteita, joiden avulla olisi mahdollista arvioida tuberkuloosin poistamisessa EU:sta saavutettua edistystä.

### Strateginen tilanne Euroopan ja maailman tasolla

Nykyinen tuberkuloosiepidemian taso EU:ssa edellyttää erityisiä valvontapuitteita, jotka liittyvät suoraan Euroopan epidemiologisiin puitteisiin ja joita on helppo soveltaa jäsenvaltioissa. Valvontapuitteiden kehittäminen edellyttää siksi epidemiologisten puitteiden perusteellista ymmärtämistä ja strategisen tilanteen valvontaa. Tässä seurantaraportissa annetaan siksi katsaus nykyisestä tilanteesta EU:ssa ja maailmanlaajuisesti ja tunnustetaan, että kattava tuberkuloosin valvontastrategia on tarpeen tuberkuloosiepidemian maailmanlaajuisissa puitteissa.

### Puitetoimintasuunnitelman valvonta

Tässä raportissa ehdotetaan monia keskeisiä epidemiologisia ja toiminnallisia indikaattoreita ja tavoitteita valvontapuitteiden olennaisena osana. Nämä indikaattorit ja tavoitteet vastaavat olemassa olevan maailmanlaajuisen ja alueellisen yhteistyön osana jo valvottuja indikaattoreita ja tavoitteita, ja ne voidaan yleisesti johtaa maiden jo keräämistä ja raportoimista tiedoista. Kaikki seurannan keskeiset indikaattorit liittyvät erityisesti kahdeksaan puitetoimintasuunnitelman strategiseen ala-alueeseen, jotta edistymistä kullakin näistä aloista voidaan arvioida.

### Epidemiologiset indikaattorit

- 1 Suuntaukset tapausten ilmoitusasteessa
- 2 Suuntaukset MDR-tapausten ilmoitusasteessa
- 3 Suuntaukset lapsia ja aikuisia koskevan ilmoitusasteen osalta
- 4 Suuntaukset tuberkuloositapausten keskimääräisessä iässä

### Toiminnalliset indikaattorit

- 1 Kansallisten tuberkuloosin valvontasuunnitelmien saatavuus
- 2 Kansallisen tuberkuloosin valvontasuunnitelman täytäntöönpanoa koskevien suuntaviivojen saatavuus
- 3 Niiden kansallisten tuberkuloosin viitelaboratorioiden (jotka kuuluvat ERLN-TB:hen) osuus, joiden tulokset ovat riittäviä ulkoisessa laadunvarmistusjärjestelmässä
- 4 Tuberkuloosin valvonnan uusien välineiden käyttöönottoa ja täytäntöönpanoa koskevan strategian saatavuus
- 5 Viljelyllä varmennettujen uusien keuhkotuberkuloositapausten osuus ja ensisijaisten lääkkeiden lääkeherkkyydestestauksella testattujen tapausten osuus
- 6 Hoidon onnistumisasteesta raportoivien jäsenvaltioiden osuus
- 7 Hoidon onnistumisaste
- 8 Niiden tuberkuloosipotilaiden osuus, joiden mahdollinen HIV-tartunta ei ole tiedossa

# Liite: ECDC:n julkaisut 2010

## Tekniset raportit

### *Toukokuu*

Risk assessment on Q fever

### *Kesäkuu*

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

### *Syyskuu*

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

### *Lokakuu*

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

### *Marraskuu*

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

### *Joulukuu*

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

## ECDC:n ohjeet

### *Lokakuu*

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

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

### *Joulukuu*

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

## Valvontaraportit

### *Maaliskuu*

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

### *Toukokuu*

Influenza surveillance in Europe 2008/09

### *Lokakuu*

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

### *Marraskuu*

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

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

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

## Erikoisraportit

### *Heinäkuu*

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

### *Syyskuu*

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

### *Marraskuu*

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

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

## Kokousraportit

### *Tammikuu*

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

### *Helmikuu*

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

### *Maaliskuu*

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

### *Huhtikuu*

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

### *Toukokuu*

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

### *Kesäkuu*

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

### *Heinäkuu*

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

### *Joulukuu*

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

## Tehtäväraportit

### *Helmikuu*

Entisen Jugoslavian tasavallan terveydenhuoltojärjestelmää koskeva julkinen kuuleminen ja edistyminen

### *Lokakuu*

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

## Tekniset asiakirjat

### *Maaliskuu*

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

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators<sup>7</sup>

---

<sup>7</sup> WHO:n julkaisema.

### *Syyskuu*

Conducting health communication activities on MMR vaccination

## **Yhtymän julkaisut**

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

## **Säännölliset julkaisut**

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

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