20.6.2021

Eduskunnan talousvaliokunnalle

Lausunto hallituksen esityksestä tartuntatautilain väliaikaiseksi muuttamiseksi (HE 105/2021 vp)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) kiittää mahdollisuudesta antaa lausuntonsa hallituksen esityksestä laiksi tartuntatautilain väliaikaisesta muuttamisesta (HE 105/2021 vp) ja lausuu seuraavaa:

Rajatarkastusten lääketieteellisestä tarpeesta

Todetut Covid-19 tapausmäärät ovat huhtikuusta 2021 lähtien vähentyneet ja tapausmäärien lasku on jatkunut edelleen myös Etelä-Suomen alueella. Covid-19 rokotukset ovat edenneet nopeasti ja valtaosa sairautensa tai ikänsä puolesta vaikealle infektiolle riskissä olevista on jo saanut rokotuksen, mutta tehokkainta rokotussuojaa varten vaadittava toinen rokotusannos on vielä valtaosalta saamatta. Tapausmäärien lasku sekä rokotusten eteneminen ovat vähentäneet sairaaloissa hoidettavien covid-19 infektiosta kärsivien potilaiden määrää ja kotimaisesta lähteestä alkunsa saavien tartuntaketjujen todennäköisyys sairaanhoidon merkittävään kasvuun on vähäinen.

Koronavirusepidemian aikana ulkomailta tulleista uusista viruskannoista on aiheutunut käytännössä kaikki HUS-alueella todetut epidemia-aallot (kuva 1). Keväällä 2020 ensimmäiset tapaukset saivat alkunsa pääosin alppialueiden matkailijoilta ja heidän tartunnoistaan syntyneistä jatkotartunnoista. Maaliskuun puolivälistä 2020 covid-19 tartunnat lisääntyivät etenkin Helsingin itäisillä alueilla ja niiden aiheuttajana oli aiemmin levinneestä viruskannasta poikkeava viruskanta osoittaen uuden ulkomailta tuodun kannan voimakasta leviämistä väestössä. Syksyllä 2020 kasvaneet tartuntamäärät olivat jälleen pääosin uudenlaisen viruskannan aiheuttamia ja niistä levisi voimakas yhteiskunnan sulkutoimenpiteitä HUS-alueella edellyttänyt tautipiikki. Alkuvuodesta 2021 vain kahdeksan viikon aikana uusi ns. alfa (UK-variantti) yleistyi 2/3 kaikkien tartuntojen aiheuttajaksi ja tapausmäärät nousivat voimakkaasti johtaen uuteen poikkeustilan toteamiseen ja voimakkaampiin valtioneuvoston asettamiin yhteiskunnallisen toiminnan rajoituksiin. Huhtikuun 2021 jälkeen todetuissa viruskannoissa on yleistynyt ns. beta-variantti (Etelä-Afrikan variantti). Kaikki edellä mainitut viruskannat ovat ulkomailla syntyneitä ja maahantulijoiden mukanaan tuomia ja heistä alkaneista tautiketjuista voimakkaasti yleistyneitä. Voimakkaammin tarttuvan viruskannan yleistymistä ei ole maan sisällä tehtävin tartunnantorjuntatoimenpitein kyetty estämään. Voimakkaimman epidemian aiheuttanut alfa-variantti (UK-variantti) on sekvensoinneissa osoittautunut vain niukasti luonnollista muuntumista omaavaksi, joten on ilmeistä, että voimakas epidemia alkuvuodesta 2021 on aiheutunut vain muutaman yksittäisen maahan tulleen tartuntaa kantaneen ihmisen kautta alkuunsa saaneista tartuntaketjuista. Siten maahantulotarkastusten tulisi olla tehokkaita ja riittävän

HUS Helsingin yliopistollinen sairaala
Yhtymähallinto

PL 200
Stenbäckinkatu 9, Helsinki
00029 Helsinki

(09) 4911

etunimi.sukunimi@hus.fi
www.hus.fi
Y-tunnus 1567535-0

laajoja, mikäli ulkomailta tulevien uusien viruskantojen aiheuttamia epidemioita halutaan maahantulijoiden testauksella estää. Pistokokein ei riittävää kattavuutta saada.



Kuva 1. HUS-alueen viikoittaiset tartuntamäärät ja pääasialliset epidemiaan vaikuttavat tekijät sekä viruskantojen muuttuminen.

Maailmalla on viime aikoina yleistynyt ns. delta-variantti (Intian variantti), joka Iso-Britanniassa tehtyjen analyysien perusteella on aiemmin helposti tarttuviksi todettuja virusvariantteja tarttuvampi ja mahdollisesti myös vaikeampaa tautia aiheuttava. Kyseistä varianttia on todettu useista maista Suomeen tulleiden henkilöiden näytteissä. Delta-variantti on aiheuttanut Kanta-Hämeessä laajan tartuntaketjun, jossa myös sairaalassa on ollut tartuntoja rokotettujen, kahdenkin rokotuksen saaneiden, ihmisten joukossa. Uusimman tiedon mukaan yksikin rokotus antaa jo varsin hyvin suojaa vaikealta delta-variantin aiheuttamalta infektiolta, mutta estää vain noin 30 %:ssa oireisen ja todennäköisesti eteenpäin tarttuvan infektion syntymisen. Delta-varianttia on todettu myös Venäjältä palanneilta henkilöiltä osoittaen kyseisen variantin jo todennäköisesti laajaa levinneisyyttä. Siten delta-variantin riski maahantulijasta lähtevän tartuntaketjun ja jopa epidemian syntymiseen näyttäisi olevan realistinen ja kyseisen variantin maahantulon estäminen on aiheellinen ja tapahtuu tehokkaimmin tunnistamalla tartuntaa kantavat maahantulijat.

Ennen maahantuloa tehdyllä ennakkotestillä tai rajapisteissä toteutettavalla testauksella löydetään ennen kaikkea vanhoja tartuntoja, joiden tartuttavuus ja siten uhka jatkotartunnoille Suomessa on kohtalaisen vähäinen. SARS-CoV2 viruksen torjunnan tekee hankalaksi se, että tartuntojen syntyminen alkaa jo ennen taudin oireiden ilmaantumista. Korkein tartuttavuus on pari päivää ennen

oireiden alkua ja noin 3 päivän ajan oireiden jälkeen. Saksalaisessa tutkimuksessa ennen oireiden alkua henkilöiden aiheuttamien jatkotartuntojen määrä oli korkein (Bender JK ym, Emerg Infect Dis 2021; 27:1159). Siten pelkän ennakkotestin tai rajalla tehtävän testauksen avulla ei kaikkein tartuttavimpia maahantulijoita tunnisteta, vaan vaaditaan omaehtoista karanteenia maahantulon alkuvaiheessa ja myöhempää testausta. Uudempi tutkimustieto tukee siten THL:n syyskuussa 2020 esittämää analyysiä, jossa riittävä varmuus tartuttavuuden riskin poistumisesta saadaan kahdella testillä ja ennen kaikkea maahantulon jälkeen tehtävällä testauksella. Hallituksen esitys on siten tältä osin lääketieteellisesti kannatettava.

Epidemian hallinnan kannalta omaehtoista karanteenia parempi vaihtoehto olisi riskimaista saapuville maahantulijoille määrätty karanteeni, mutta tämän toteuttaminen laajamittaisesti on voimassa olevan lainsäädännön puitteissa osoittautunut käytännössä mahdottomaksi pienienkään matkustajamäärien kohdalla, matkustajamäärien lisääntymisestä puhumattakaan. Jo nykyisillä matkustajamäärillä on käytännössä mahdotonta ohjata tämän tyyppiseen toimintaan riittävästi tartuntatautilääkäreitä ja muuta henkilökuntaa ilman, että sillä olisi erittäin merkittävää vaikutusta muuhun terveydenhuollon järjestämiseen. Toiseksi yksilöllisenkään arvion perusteella ei välttämättä ole mahdollista osoittaa, että juuri kyseessä oleva matkustaja on altistunut koronavirukselle, ja täten olisi olemassa juridiset perusteet karanteeniin asettamiselle, vaikka matkustaja saapuisi maasta, jossa epidemiatilanne on vaikea. Esimerkiksi tuoreen hallinto-oikeuden päätöksen (Helsingin HAO H2706/2021, 1.6.2021) mukaan matkustajan karanteenipäätöksen tulee perustua yksilölliseen arvioon sekä todettuun altistumiseen lähikontaktissa sairastuneeseen ihmiseen, eikä riskimaasta edes riskiolosuhteisiin Suomeen saapuvaa voida siten asettaa karanteeniin vain lähtömaan perusteella.

Rokotusten eteneminen ja kahden rokoteannoksen yleistyminen väestössä tulee lisääntymään alkusyksystä, jolloin myös nuorimpien ikäryhmien (yli 12-vuotiaiden) rokotukset saataneen alkuun. Rajalla tapahtuvaa testausta tarvitaan siten todennäköisemmin kesän ylitse, mutta sen jälkeen olisi mahdollista siirtyä riskiperustaiseen testaukseen liittyen tulomaahan ja siellä todettuihin riskeihin. Riskiperusteinen testaus on toteutettu ja mahdollista HUSin kehittämän FINENTRY-sovelluksen avulla. Riskiperusteiseen maahantulijoiden testaukseen siirtyminen tulee mahdollistumaan myös EU-maiden rokotusten edistyessä vilkkaasti ja siten EU-maiden ja eräiden muiden kehittyneiden maiden epidemisen tilanteen voidaan olettaa syksyllä olevan muiden maiden tilannetta huomattavasti parempi.

Yksityiskohtaiset kannanotot hallituksen esitykseen

HUS katsoo hallituksen esittämän kahden testin mallin olevan lääketieteellisesti perusteltu ja ainoa tartuntariskiä riittävästi laskeva testausmalli.

16a§

Täydellisen rokotussarjan saaneet voidaan jo kertyneen tiedon perusteella vapauttaa maahantulon testauksesta. Taudin aiemmin sairastaneet ja yhden rokotuksen saaneet voidaan rinnastaa täyden rokotussarjan saaneisiin. Taudin sairastaneiden aikaraja 6 kuukautta sairastetusta taudista on jopa hieman lyhyt tämän hetkisen tiedon perusteella.

20.6.2021

16b §

Kokemukset HUS-alueen rajanylityspisteissä osoittavat jo epidemian ajan vähäisilläkin matkustajamäärillä rajapisteissä tehtävän testauksen vaativan runsaasti henkilökuntaa ja johtavan helposti ruuhkautumiseen. Siten testin toteutuspaikkaa tärkeämpi on testin suorittaminen ja kaikki mahdollisuudet testin tekemiseen muualla kuin rajanylityspisteessä tulisi ottaa käyttöön. Tästä näkökulmasta HE:n 16 b §:n mukainen malli, jossa maahan tulevan henkilön on osallistuttava rajanylityspisteellä järjestettyyn covid-19-testiin, ja jonka mukaan ko. henkilön saa ohjata testiin muualle 24 tunnin sisällä vain, jos tätä testausta ei ole järjestetty, ei välttämättä ole realistinen eikä terveysturvallinen. Mallissa testiin jonottaminen voi ruuhkautua ahtaissa tiloissa ja aiheuttaa siten jo itsessään lisääntyneen tartuntariskin. Lisäksi käytännön järjestelyjen haasteiden vuoksi testejä järjestävälle kunnalle syntyy motiivi olla järjestämättä testausta rajanylityspisteellä lainkaan. Parempi olisikin malli, jossa testausta voitaisiin tilanteen mukaisesti ja joustavasti järjestää maahantulijoille sekä rajanylityspisteessä että muualle testiin 24 tunnin sisällä ohjaten.

87a §

Sakkorangaistus myöhempään testiin hakeutumattomille on aiheellinen ja tuonee riittävän pelotteen testiin hakeutumisesta.

Edellä olevien huomioiden lisäyksellä HUS katsoo hallituksen esityksen olevan lääketieteellisesti perusteltu ja tuovan turvaa uusien virusvarianttien aiheuttamalta tautiuhalta. On todennäköistä, että esitettyjen lakipykälien soveltaminen tässä muodossa on aiheen kesän – alkusyksyn 2021 ajan. Sen jälkeen tulisi olla mahdollisuus siirtyä maahantulijoiden testauksessa yksilölliseen riskiarvioon, mihin kehitetty FINENTRY-sovellus antaa mahdollisuuden sekä henkilöstöä säästävästi että tiedon kertyessä tai epidemisen tilanteen muuttuessa lähtömaassa nopean riskinarvion muuttamisen mahdollisuuden. Keinot maahantulon terveysturvallisuuden varmistamiseen sujuvasti sekä terveysviranomaisten että maahantulijoiden kannalta ovat siten olemassa, mikäli niitä halutaan hyödyntää.

Teppo Heikkilä

hallintoylilääkäri, hankejohtaja

HUS Helsingin yliopistollinen sairaala
Yhtymähallinto

PL 200
Stenbäckinkatu 9, Helsinki
00029 Helsinki

(09) 4911

etunimi.sukunimi@hus.fi
www.hus.fi
Y-tunnus 1567535-0