Olli Vapalahti
6.9.2021

Lausunto hallituksen esitykseen HE 118/2021 vp (Hallituksen esitys eduskunnalle laiksi tartuntatautilain 58 d §:n muuttamisesta) -*Talousvaliokunta ja sosiaali- ja terveysvaliokunta*

Esityksen perusteluissa COVID-19-tartuntatilanne ja rokotekattavuus, sekä muut syyt lakimuutokseen on kuvattu kattavasti ja asiantuntevasti, ja niitä ei ole tarpeen toistaa. Lainmuutoksen pyrkimyksenä lienee rokotuskattavuuden parantuessa ja vakavien COVID-19 tapausten osuuden vähentyessä erityisesti mahdollistaa tapahtuma-alalla tilaisuuksien kannattavampi järjestäminen luopumalla vaatimasta 2 m turvavälejä linkitettynä määrättyyn taudin ilmaantuvuuteen (25/100 000) mutta toisaalta jättää sekä kunta- että aluetason viranomaisille työkaluja tilanteen mahdollisesti uudestaan pahentuessa määrätä tietyin ehdoin näitä rajoituksia.
Kommentoin lyhyesti turvavälien ja sitä koskevien rajoitusten merkitystä tässä tartuntatilanteessa.

Ovatko 2 m turvaväli ja tapahtumien rajoitukset perusteltuja tartuntojen torjunnassa?

Pandemian alussa SARS_koronavirus-2:n tartuntamekanismit olivat epäselviä; esimerkiksi kosketustartuntojen, myös pintojen kautta, osuutta ei tiedetty (näiden rooli tiedetään nyt vähäiseksi), samoin se missä määrin virus tarttuu pisaratartuntana vs. aerosolina tai oireisista vs. vielä oireettomista henkilöistä. Tartuttavuus on suurimmillaan oireiden alkaessa ja hiipuu pois noin viikossa - ja henkilö voi olla huomattavan tartuttava ennen oireita tai oireettomana. Suurin osa tartunnan saaneista ei kuitenkaan juuri tartuta, noin 20 % vastaa 80 % tartunnoista eteenpäin. Pisarat (>100 µm) putoavat tyypillisesti alle 1 metrin päähän, ja merkittävä osa tartuttavuudesta liittyy aerosoleihin, joiden konsentraatio on tyypillisesti suuri lähietäisyydellä (alle 2 m) (1,2). Tartunnan saaminen tapahtumassa riippuu kuitenkin monista tekijöistä, joista turvaväli on vain yksi: tartunnankantajien osuus väestössä (tai näiden poisseulominen koronapassein tai pikatestein), etäisyys tartunnankantajaan ja virusmäärä, ilmanvaihto/tilan suuruus, lämpötila ja kosteus, altistusaika, lauletaanko/huudetaanko/käytetäänkö (minkälaisia) maskeja. Ratkaisevaa on kuitenkin immuniteetti, Suomessa lähinnä rokotusimmuniteetin eteneminen; Läpäisyinfektionkin saanut rokotettu tartuttaa epätodennäköisemmin ja samoilla PCR-lukemilla infektiivistä virusta on vähemmän kuin rokottamattomalla. Ja mikä tärkeintä: rokotettu monin verroin vähemmän todennäköisesti kehittää sairaalahoitoa vaativan taudin, tai ”long covidin” (3).
Vaikka tartuntariski tilaisuuksissa on toki edelleen olemassa, sen seuraukset ovat vähenemässä ja toisaalta isomman riskin kohtaamiset esim. yökerhoissa, baareissa ja yksityisjuhlissa ovat huomattavasti suuremmat, kuten tänään julkaistussa THL:n riskiarviotaulukossa todetaan – epäsuhta tapahtuma-alan rajoitusten ja muun riskipitoisemman toiminnan sallimisen välillä on ilmiselvä, samoin haitat elinkeinoille, kulttuurille ja väestön hyvinvoinnille.

Vieläkö rajoituksia ja tartunnantorjuntaa tarvitaan? Tällä hetkellä (6.9.2021) näemme että Suomessa tapausmäärät ovat toista viikkoa olleet kansainvälisesti kohtuullisella tasolla n 150/100 000/2 viikkoa ja 72 % (kaikista) suomalaisista on rokotettu vähintään kerran, 53 % kahdesti ja rokotuskattavuus on nousemassa ripeästi. Kuten on nähty sekä Suomessa että muualla, kun rajoituksista luovutaan nopeasti, jäljellä olevassa rokottamattomassa tai kerran rokotetussa väestössä deltavariantti voi levitä nopeasti ja kuormittaa osaltaan terveydenhuoltoa. Kun halukkaat ovat saaneet 2 rokotetta, rajoitusten ja esim. testausjärjestelmän jatkamiselle löytyy kuitenkin kovin

vähän perusteita suhteessa niiden aiheuttamiin haittoihin ja resurssien viemiselle muusta toiminnasta. Viruksen vähäisempi kierto kuitenkin edelleen helpottaa yhteiskunnan, mm. koulujen toimintaa, joten rajoituksia on syytä purkaa asteittain.

Missä tilanteessa siis kunta tai aluehallintovirasto voisi todeta, että ”alueella olisi todettu merkittäviä tartuntaryppäitä” aiheuttaen… ”merkittävän riskin uusien tartuntojen laajaan leviämiseen alueella”.

- Rokottamattomilla (joita edelleen 28% väestöstä, ja mm kaikki alle 12-vuotiaat), voi ilmetä paljon infektioita kerralla (joskin lasten vakavat infektiot ovat hyvin harvinaisia). Merkittävää sairastumista ilmenee myös kerran rokotetuilla, tai hauraimmilla (hoivakodit) / immuunipuutteisilla henkilöillä. Tällainen skenaario voisi toteutua jos viruksen kierto olisi erityisen runsasta.
- Immuniteetin hiipuminen ilman sopivia tehosteita ja/tai viruksen evoluutiossa tapahtuvat yllätykset; leviää uusi variantti, joka lisää läpäisyinfektioita tai niiden vakavuutta. Tällainen skenaario voisi tapahtua myöhemminkin.

Vaikka näiden ongelmien esiintyminen laajemmin ei ole erityisen todennäköistä, laki jättää tässä harkinnanvaraa viranomaisille tarvittaessa palata rajoituksiin. Tämä on kuitenkin tärkeää, jotta mahdollisen uuden epidemiavaiheen torjunnassa päästään tarvittaessa nopeilla toimilla hillitsemään tartuntoja fokusoidusti, jolloin voidaan välttää mahdollisia laajempia sulkutoimia – uudet lakimuutokset valiokuntakäsittelyineen ovat liian hidas instrumentti tähän ja luottaisin viranomaisen harkintaan että uusille rajoituspäätöksille on huomattava kynnys. Ongelmana lakiesityksessä saattaa olla kunnan ja AVIn (ja muiden toimijoiden) hieman epäselväksi jäävä hierarkia näitä päätöksiä tehdessä, paikallistuntemus ja valmius nopeille kohdistetuille toimille lienee parempi kunnissa, asiantuntemus ja laajempi koordinaatio toimien suhteen pyramidissa ylempänä.

Yhteenveto: Lakiesitys korjaa epäsuhtaisia rajoituksia tapahtuma-alan ja muiden toimijoiden välillä ja on hyvä osa yhteiskunnan avaamisprojektia joka etenee nyt vauhdilla rokotuskattavuuden noustessa lähiviikkoina. Pidän hyvänä että epidemiatilanteen mahdollisesti merkittävästi pahentuessa sen rajoittamiseksi viranomaisille jää lainsäädännöllinen valmius nopeisiin, kohdennetuihin kontrollitoimiin.

Helsingissä, 06.09.2021
Kunnioittavasti,



Olli Vapalahti
LT, Professori
Kliinisen mikrobiologian erikoislääkäri
Helsingin yliopisto ja HUSLAB

Viitteitä

1. Wang C, Prather KA, Sznitman J, ym. Airborne transmission of respiratory viruses. ***Science*** 2021; 373:6558 DOI: 10.1126/SCIENCE.ABD9149
2. Tang JW, Bahnfleth WP, Bluyssen PM, ym. Dismantling myths on the airborne transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 (SARS-CoV-2), ***J Hosp Infect*** 2021; 110:89-96. doi.org/10.1016/j.jhin.2020.12.022
3. Antonelli M, Penfol RS, Merino J, ym. Risk factors and disease profile of post-vaccination SARS-CoV-2 infection in UK users of the COVID Symptom Study app: a prospective, community-based, nested, case-control study. ***Lancet Infect Dis*** **2021** (In press); Online September 1, 2021 https://doi.org/10.1016/ S1473-3099(21)00460-6