8.10.2021

Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnalle

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lausunto koskien Valtioneuvoston selontekoa sisäisestä turvallisuudesta

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) kiittää eduskunnan tulevaisuusvaliokuntaa mahdollisuudesta esittää havaintojaan Valtioneuvoston selonteosta sisäisestä turvallisuudesta (VNS 4/2021 vp).

Valiokunta on erityisesti pyytänyt huomiota siitä, kunka hyvin selonteossa on huomioitu niitä uhkia jotka on nostettu esiin tulevaisuusvaliokunnan tilaamassa selvityksessä Tulevaisuustiedon lähteillä - Analyysi ennakointiraporteista ja tulevaisuuden ilmiöistä (TuVJ 6/2020)

Koska aiheiden kenttä on laaja keskittyy Terveyden ja hyvinvoinnin laitos lausunnossaan Globaalit terveysuhkat -osa-alueeseen, jota käsitellään molemmissa dokumenteissa.

Laitos pyrkii lausunnossaan nostamaan erityisesti esille raporteista ja pandemia-ajan kokemuspohjasta nousevia tärkeimpiä johtopäätöksiä. Tärkeimpänä laitos korostaa niitä toimenpiteitä, johon Suomen yhteiskuntana tulisi sekä viiveettä että pidemmällä aikajänteella ryhtyä.

THL toteaa, että TuVJ 6/2020 selvityksessä tutkitussa raporttimateriaalissa on tunnistettu useita yhteyksiä, joissa tulevaisuuteen sijoittuva pandemia on nostettu merkittäväksi riskiksi, mutta sen ajoitusta, laajuutta, kokonaisvaltaista vaikutusta tai kestoa ei ole kattavasti pystytty ennakkoraporteissa havaitsemaan. Vuoden 2018 kansallisessa riskinarvoinnissa on ehkä päästy lähimmäksi kokonaisvaikutusten arviointa, vaikka kaikkia vaikutuksia siinäkään ei ole pytytty huomioimaan. Vaikka pandemian mahdollisuus oli kyllä tuttu kansallisille terveysviranomaisille ja myös valtionhallinnossa useassa harjoituksessa moneen kertaa harjoiteltu tilanne, tuli se silti yhteiskunnalle ilmeisenä yllätyksenä toteutuessaan.

TuVJ 6/2020 raportissa ehdotetaan mm., että valtion tutkimuslaitokset ja virastot tuottaisivat ministeriöiden tapaan omia tulevaisuuskatsauksiaan, joissa luodaan poikkileikkaava yleiskuva tulevaisuudesta oman toimialan eri substanssialueet huomioiden. Näin Suomella olisi yhtä vahva kansallinen terveys-, ympäristö-, ja teknologiauhkien ennakointi kuin tällä hetkellä on sotilaallisten uhkien ennakointi ja varautuminen.

THL pitää edellämainittua ehdotusta hyvänä ja kannatettavana ja toteaa, ettei sitä ole käsitelty valtioneuvoston selonteossa VNS 4/2021 vp.

Valtioneuvoston selonteossa sisäisestä turvallisuudesta käsitellään sekä koronapandemian vaikutuksia ja varautumista tulevaisuudessa vastaaviin ilmiöihin sekä ilmastonmuutoksen vaikutusta turvallisuuteen. Käsittely jää kuitenkin melko kuvailevaksi ja konkreettisien toimien ja suositusten kohdalla epäselväksi siitä huolimatta, että pandemian vaikutus sisäiseen turvallisuuteen ja turvallisuuden kokemukseen on ollut erittäin merkittävä ja ilmastonmuutoksen tuoma turvattomuuden tunne on hyvin voimakkaassa nousussa erityisesti nuorten keskuudessa.

Selonteon sivulla 29 todetaan ”*Yhteiskunnan yleistä varautumista häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin sekä poikkihallinnollista yhteistyötä tulee edelleen kehittää*

koronaviruspandemiasta saatujen kokemusten perusteella. Globalisoituvassa maailmassa kansallisen tason materiaalisen varautumisen ja huoltovarmuuden merkitys korostuu. Varautumista on tarve kehittää valtakunnallisesti yhtenäisten periaatteiden mukaisesti, erityisesti sosiaali- ja terveydenhuollon osalta, sekä tehostaa valtakunnallisen tilannekuvan muodostumista ja jakamista. Myös heikommassa asemassa olevien väestöryhmien tilanne tulee huomioida häiriötilanteisiin varautumisessa entistä paremmin."

Lisäksi seloteon sivulla 39 todetaan että *"Kansanterveyden neuvottelukunta valmistelee ehdotuksen poikkihallinnollisen hyvinvoinnin, terveyden ja turvallisuuden edistämisen rakenteiden uudistamiseksi valtionhallinnossa ja samalla varmistetaan lainsäädäntöpohja toiminnalle, kun kansaterveyslaki kumotaan."*

THL pitää edellisia periaatteellisia kirjauksia kannatettavina ja oikeasuuntaisina, mutta toteaa, että hyvin paljon riippuu niistä varsinaisista konkreettisista toimista, joita mm. hyvinvointialueiden perustamisen yhteydessä tehdään rakenteiden uudistamisessa sen varmistamiseksi, että seuraavaan terveyskriisiin oltaisiin paremmin varauduttu.

On tosin todettava, että koronapandemia on yhä käynnissä ja siksi lopullisia ja kaikenkattavia johtopäätöksiä ei vielä voida tehdä tai suosituksia niiden perusteella antaa. THL esittää silti valiokunnalle muutaman oman huomionsa, jotka pohjaavat laitoksen kokemuksiin pandemian aikana.

1) **Terveydenhuollon resilienssin taso Suomessa ei vastaa pandemian vaatimuksia ja näyttää vertailussa heikommalta kuin monessa muussa maassa.** Vaikka Suomessa on varauduttu erilaisiin terveydenhuoltoa kuormittaviin kriiseihin, alkaa näyttää hyvin selvältä, että varautuminen ei ole ollut riittävää merkittävää terveydenhuollon kuormitusta aiheuttavan pitkäkestoisen kriisin varalta. Vaikka sama ilmiö vaivaa oikeastaan kaikkia korkean tulotason maita, joissa kulkutauteja ei ole pitkään aikaan esiintynyt, kuormituksen kestokyky vaikuttaa vertailussa olevan Suomessa poikkuksellisen matalalla tasolla.

   Koronakuolemien ehkäisyn tarpeen lisäksi erittäin merkittävä syy siihen, että Suomessa jouduttiin ottamaan käyttöön yhteiskunnan toimintaa ja ihmisten kontakteja laajasti rajoittavia kieltoja ja sulkutoimia johtuu siitä, että terveydenhuolto oli vaarassa ylikuormittua ja tätä kautta ihmisten henki ja terveys olisivat voineet vaarantua sen vuoksi, etteivät he olisi saaneet muuta tarvitsemaansa hoitoa. Erityisen suuri pullonkaula on ollut tehohoito, jonka peruskapasiteetti on kansainvälisessä vertailussa Suomessa matala ja jonka kapasitettia koronahoitoa ei voida nostaa keskeyttämättä laajasta muuta toimintaa.

   Vertailun vuoksi: Suomessa on ollut epidemian huippuaikoina tehohoidossa samanaikaisesti noin 80 henkilöä (14 per miljoona väestö) ja erikoissairaalahoidossa noin 250 (45 per miljoona väestö) henkilöä. Tehohoidon konsortio on ilmoittanut että nykyisessä tilanteessa tehohoidon kipuraja ylikuormitusriskin suhteen on n. 50 samanaikaista koronapotilasta (9 per miljoona väestö).

   Tarkasteltaessa samankokoisia tai samantyyppisiä yhteiskuntia (tiedot löytyvät Euroopan tautikeskuksen ylläpitämästä tilastosta), väestöltään kaksi kertaa suuremmassa Ruotsissa (jota ei ehkä muuten kannata vertailla toimien suhteen Suomeen) pandemian aikana samaan aikaan tehohoidossa olevien koronapotilaiden lukumäärä oli korkeimmillaan 541 henkilöä (52 per miljoona väestö) ja samansuuruisessa Tanskassa 136 (23 per miljoona väestö). Vaikka tilanne epäilemättä on ollut molemmissa maissa paikoitellen haastava,

kummassakaan ei kuitenkaan terveydenhuolto ole romahtanut. Jos tarkasteltaisiin erikoissairaalan osastohoidossa potilaita olisivat erot vielä suurempia.

Mikäli ulotetaan vertailu hieman kauemmas, on Iso-Britanniassa tehohoidossa tällä hetkellä noin 1000 henkilöä (15 per miljoona väestöä) koronainfektion takia ja epidemian huipun aikana korkein luku on ollut n. 4000 (61 per miljoona väestö), jolloin epäilemättä järjestelmä oli äärirajoillaan. Saksassa vastavat luvut ovat tehohoidon osalta 65 per miljoona väestö epidemian huipulla ja tällä hetkellä n. 17,5 per miljoona väestö.

Tarkasteltaessa edellä mainittuja lukuja näyttää ilmeiseltä, että

1. koko EU:n ja läntisen Euroopan alueella terveydenhuollon resilienssi (joustavuus kestää sairaalakuormituksen nopeaa ja melko pitkää kasvua ilman että muu hoito heikkenee) ei ole ollut riittävä ja
2. Suomen kohdalla resilienssi on vieläkin alemmalla tasolla kuin muissa länsimaisissa yhteiskunnissa. Suomessa on tällä hetkellä tehohoidossa 33 henkilöä koronainfektioon liityen (6 per miljoona väestö).

Tätä johtopäätöstä olisi varautumisen kannalta ehottomasti tarkasteltava suunniteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja varautumista tuleviin terveyskriiseihin. Nykyisellä tehohoidon resurssitasolla Suomen kynnys ajautua tilanteeseen, jossa muu yhteiskunta joutuu rajoittamaan toimintaansa tehohoidon kapasiteetin loppumisen ehkäisemiseksi ei voi olla pitkään jatkuessaan taloudellisesti ja väestön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta kestävä.

Järkevämpää olisi resursoida tehohoito (ja osin muukin sairaalahoito) mieluummin niin selkeästi ja moninkertaisesti yli päivittäisen tarpeen, että tulevaisuudessa ei ajauduttaisia vastaavanlaiseen tilanteeseen.

2) **Rajojen terveysturvallisuus.** Koronapandemian yksi oppi on ollut, että pandemiatilanteessa rajojen terveysturvallisuustoimilla voidaan nopeasti ja helposti leviävän tarttuvan taudin kohdalla voittaa aikaa ja ainakin hidastaa epidemian kiihtymistä. Tämä on vastoin aiempien globaalitason varautumissuunitelmien doktriinia, jossa ajateltiin, että liikumisen rajoitukset tuovat pandemiatilanteessa enemmän haittaa kuin hyötyä.

Suomessa rajojen terveysturvallisuudesta ovat vastuussa rajanylityspaikan kunnan samat toimijat, jotka vastaavat normaalista terveydenhoidosta. Valmiita malleja laajamittaisiin ja pitkäkestoisia toimiin rajanylityspaikoilla ei pandemian alussa ollut olemassa. Tämä johti suuriin vaikeuksiin käynnistää toimintaa ja sekä toimivaltuuksien että velvoitteiden epäselvyyteen suurilla rajanylityspaikoilla, kuten Helsinki-Vantaan lentoasemalla.

Kun on kyse koko maata koskevasta uhkasta on epäloogista, että sen torjunnasta vastaa yksin se kunta, jossa rajanylityspaikka sijaitsee. Kunnan toimijoiden valtuudet eivät myöskään riitä lentoasemaoloissa, missä toimitaan erittän monen hallinnonalan alaisuudessa. Monessa maassa onkin siksi erillisiä, kansallisen kokonaisvastuun omaavia toimijoita, joilla on valtuudet huolehtia sekä määräyksistä että toimista joita eri rajanylityspaikoilla tulee pandemiatilanteessa tehdä. Jotta esimerkiksi terveystarkastukset tai testaukset sekä erilaisten terveystodistuksien tarkastaminen voidaan tehdä joustavasti, nopeasti ja turvallisesti, prosessit ja tilat on ennakkoon suunniteltava tätä varten ja myös otettava huomioon kuinka järjestelmä voi skaalautua

merkittävän suureksi jos tarve sen vaatii. Lisäksi olisi oltava olemassa valmiit suunnitelmat ja sopimukset testauksen toteuttamisesta, henkilökunnan tarpeesta ja mahdollisista karanteenitiloista merkittävällekin määrälle matkustajia.

THL ehdottaa harkittavaksi, että Suomeen perustetaan erillinen valtakunnallinen Rajanylityspaikkojen terveysturvallisuusviranomainen, jonka tehtäväksi annetaan laajojen tartuntatautitilaneiden vaatimien terveysturvalisuustoimien ennakkosuunnittelu, huomioiden tarpeen mukainen nopea skaalautuvuus, rajalla toimivien organisaatioiden ja viranomaisten ohjaus, koulutus ja vaatimusasetanta, ennakkosopimusten laadinta ja ylläpito. Viranomaisella pitää olla riittävä budjetti ja valtuudet edellyttää muilta toimijoilta yhteistyötä.

3) **Perusterveydenhuollon epidemiantorjunta.** Suuri merkitys epidemian torjunnassa ennen rokotuskattavuuden nousua on ollut tartunnalle altistuneiden jäljittämisellä ja karanteeniin asettamisella.

Tällä merkittäviä henkilöresursseja vaativalla työllä on pystytty tehokkaasti katkaisemaan tartuntaketjuja ja hillitsemään epidemian kiihtymistä. Suomessa harvassa kunnassa tai kaupungissa on kuitenkaan ollut perusterveydenhuollossa sellaista yksikköä, jolla olisi edellytyksiä tai osaamista tehdä tätä tartuntojen torjuntaa ja ennaltaehkäisevää työtä. Poikkeuksina ovat olleet Helsinki ja Tampere, joissa on ollut ns. epidemiologiset yksiköt, joiden osaaminen on suunnattu nimenomaan väestöterveyden edistämiseen eikä pääasiallisesti kliiniseen työhön, kuten suurin osa terveyskeskuksista ympäri maata.

THL ehdottaa että sosiaali- ja terveydenhuollon uudistuksen yhteydessä kartoitetaan tarve vastaaville toiminnoille siten, että jokaisella hyvinvointialueella on väestöterveystyöhön keskittyvä yksikkö, joka varautuu myös epidemioiden selvittämiseen ja torjuntaan sekä laatii ennakkosuunnitelmat sen varalta, että tartunnanjäljitystötä on tehtävä laajasti.

4) **Kansallinen testauskapasiteetti, epidemiantorjunta ja tilannekuvatiedon keruu ja tulkinta ennakointia varten.** Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on vastuussa kansallisen tason terveystiedon keruusta, tulkinnasta ja ennakoinnista. Laitos tuottaa myös väestöviestintää ja -suosituksia, ohjeistaa terveydenhuollon ammatilaisia epidemian torjuntatyössä sekä valvoo ja ohjaa koronatestauslaboratorioita koko maassa. Laitoksen asiantuntijalaboratoriot tuottivat ensimmäiset koronatestit Suomessa ja ovat pandemian aikana myös suorittaneet koronatestausta useille valitionhallinnon asiakkaalle, mm. Puolustuvoimille.

Laitoksen asiantuntijat ovat olleet pandemian aikana äärimmäisen kovan työpaineen alaisia. Infektiotautien epidemiologian, laboratoriotestauksen, torjunnan, mallintamisen ja tilastotieteen asiantuntijoiden joukko laitoksessa on pieni ja heidän koko työpanoksensa on ollut ainoastaan pandemian hoitamisessa maaliskuusta 2020 alkaen. Suuri osa henkilöstöstä on tehnyt valtavan määrän ylityötä, koska eri tehtäviin ei kerta kaikkiaan ole olemassa sijaisia. Jonkin verran lisäärekrytointeja on pystytty tekemään pandemian aikana lisätalousarvioin kautta saatujen määrärahojen turvin, mutta tällä ei ole pystytty kattamaan kuormitusta läheskään kokonaan.

THL:n resursseja on vuosien 2013-2017 välillä supistettu lähes 34% ja infektiotautien ja ympäristöterveyden toiminta- ja henkilöresurssit ovat vähentyneet vuoden 2013 jälkeen lähes puolella.

Tämä on johtanut laitoksessa huomattavaan seuraajasuunnittelun vajeeseen, jossa uusien osaajien koulutus ei pitkään aikaan ole ollut mahdollista sellaisella tasolla, joka olisi välttämätöntä toiminnan tulevaisuuden tarpeiden varmistamiseksi. On hyvä tiedostaa, että suuri osa siitä työstä, jota laitoksessa tehdään on sen kaltaista, ettei sitä voi opiskella suoraan yliopistoissa, vaan perustutkinnon ja jopa tohtorin tutkinnon jälkeen vaaditaan pitkä käytännön työssä oppimisen jakso, jotta saavutetaan riittävä asiantuntijuuden taso. Tämä koskee erityisesti infektiotautien ja mikrobiologian alaa, joka on muutenkin pieni erikoisala Suomessa. Seuraajien kouluttamisen pitkään jatkunut vaje vaarantaa tulevaisuudessa toiminnan jatkumisen.

Epidemian torjuntatyössä merkittävä rooli tartunnanjäljityksen rinnalla on ollut erittäin matalan kynnyksen testauksella, jossa käytännössä hyvin lieväoireisena on päässyt suoraan koronatestiin kaikkialla Suomessa. Tämä testaus on kuitenkin rakentunut olemassa olevien kliinisen mikrobiologian laboratorioiden varaan. Tämä on johtanut siihen, että muuta terveydenhuollon tarvitsemaa laboratoriodiagnostiikkaa on jouduttu vähentämään runsaasti.

Joissakin maissa (esimerkiksi Tanskassa) on otettu käyttöön rinnakkainen malli, jossa on rakennettu keskitetty kansallinen testauskeskus, joka tuottaa väestötestauspalvelun kaikille, jotka haluavat testissä käydä. Vaikka tätä on jo aiemmin esitetty Suomenkin malliksi ei sitä ole toteutettu. Laitos pitää tärkeänä, että valmius tällaisen väestövalmiuslaboratoriotoiminnan ylösajoon olisi olemassa, mikäli tarve sitä vaatisi ja tulee esittämään tehtävän osoittamista THL:lle.

Sosiaali- ja terveystoimen hyvinvointialueuudistuksessa perustetaan 5 tilannekeskusta yliopistosairaaloiden yhteyteen. Keskusten tehtäväksi tulee kerätä yhteen alueensa sosiaali- ja terveydenhuollon tilannekuva johtamisen tueksi. THL ehdottaa, että laitos sekä ohjaisi tätä tietotuotantoa että keräsi yhteen kansallisen tilannekuvan valtioneuvoston ja Sosiaali- ja terveysministeriön ohjaustoimintaa varten sekä palvelemaan valtakunnallista ja kansainvälistä benchmarking-vertailua.

THL tulee esittämään valtion 2023-2026 kehystalousarvioon määrärahalisäykset, joiden avulla a) voidaan varmistaa THL:n toimintakyky ja tilannekuvatiedon tuottaminen tulevissakin terveysuhkatilanteissa ja b) väestövalmiuslaboratoriotoiminnan kehittämiseksi.

Markku Tervahauta
Pääjohtaja

Mika Salminen
Johtaja