Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunnan minulta 26.11.2021 pyytämä lausunto

Hallituksen esitys HE 226/2021 vp Hallituksen esitys eduskunnalle laeiksi tartuntatautilain väliaikaisesta muuttamisesta ja liikenteen palveluista annetun lain väliaikaisesta muuttamisesta

Koska lausunnostani tuli pitkä ja pohdiskeleva, nostan siitä erityisesti muutaman asian:

- *Omicron on tämänhetkisen ohuen tiedon perusteella erittäin nopeasti leviävä ja kilpailijat syrjäyttävä virus, jonka on potentiaalia ohittaa niin delta-variantin tuottamaa immuniteettia kuin rokotussuojaakin, ja joka saattaa uhata sairaanhoitokapasiteetin rajoja jo muutaman viikon kuluessa ensimmäisistä tartunnoista.*
- *Ajan voittaminen on Omicronin uhatessa kaikki kaikessa. Se edellyttää nopeita toimia ja paljon tiukempaa rajasuojaa kuin mitä esitys tavoittelee.*
- *Omicronin saapumiseen on välttämätöntä varautua hankkimalla maahan uusia covid-lääkkeitä, jotka tehonnevat siihen yhtä hyvin kuin aikaisempiinkin variantteihin.*
- *Toisen ja kolmannen rokotusannoksen jakelun olennainen nopeuttaminen ja myös 5-11 v. lasten rokottaminen on edellisestä syystä johtuen myös välttämätöntä.*
- *Lasten suojeleminen koronatartunnoilta on nostettava paljon nykyistä korkeammalle prioriteetti tasolle.*

1.1 Tausta

”Virus tarttuu pääasiassa pisaratartuntana, kun tartunnan saanut henkilö yskii tai aivastaa.”

Covid-19 ei tartu pääasiassa pisara vaan aerosolitartuntana. Tämän myönsi CDC 13.5.2021, pian WHO:n jälkeen. ECDC:n kanta on epämääräisempi ja mainitsee tartuntateiksi sekä hengitetyt [mikro]pisarat että yskittäessä ja puhuttaessa muodostuneet aerosolit. Viruksen aerosolileviämisen mallinsi ja julkaisi ensimmäisenä Aalto yliopiston professori Ville Vuorinen toukokuussa 2020. Australialainen Lidia Morawskan julkaisi heinäkuussa 2020 artikkelin, jossa vaadittiin tämän tosiasian myöntämistä ja sen allekirjoitti 239 tutkijaa ja asiantuntijaa kaikkialta maailmasta Hänen Sciencessa toukokuussa 2021 julkaisemansa artikkeli sinetöi johtopäätökset.

Miksi tällä on merkitystä. Koska oletus taudin leviämisestä pisaratartuntana ja kontaminoitujen pintojen kautta johtaa aivan toisenlaisiin suojaustoimiin kuin tieto aerosolitartunnasta, jossa alttiina ovat kaikki samassa sisätilassa tai ulkona ruuhkassa hengittävät. 1..2 m turvaetäisyydet, pleksisuojat ja käsidesi ovat tehokkaita suojaamaan pisaratartunnalta, ja tämä näkyi talven 2020-21 influenssakauden poisjäämisenä. Mutta ne eivät suojanneet koronan aerosolitartunnalta. Sensijaan tehokas ilmanvaihto, huoneilman Hepa-suodattimet ja henkilökohtaiset FFP-maskit,

ovat osoittautuneet tehokkaiksi koronatartunnoilta suojaamisessa, mm. katkaisemalla useissa sairaaloissa esiintyneet koronaepidemiat. Maskien tehokkuus koronan leviämisen torjunnassa osoitettiin myös maailman suurimmassa kontrolloidussa kenttäkokeessa (RCT) Bangladeshissä, johon osallistui 600 kylää ja 340 000 ihmistä.

Väärät oletukset viruksen tartuntatiestä johtavat vääriin johtopäätöksiin ja tehottomiin [esim. pleksisuojat] tai karkeisiin [esim. Lockdown] toimiin sekä heikkoon menestykseen sen aiheuttaman taudin torjunnassa.

2.1.1 Globaali covid-19-rokotus- ja epidemiatilanne [2.1.2 …Suomessa]

Näissä kappaleissa herättää kummastusta se, että vertailuun käytettyjen EU/EEA:n, Pohjoismaiden, Baltian maiden ja Venäjän rokotuskattavuus on ilmoitettu prosenttina koko väestöstä, mutta Suomen rokotuskattavuus prosenttina yli 12 v. ikäisistä. Tämä vääristää vertailua huomattavasti Suomen rokotuskattavuuden hyväksi, ts. johtaa lukijaa harhaan. Viime päivinä paljon puhuttaneen kolmannen, eli buusterirokotuksen kattavuutta näissä kappaleissa ei verrata eikä esitetä, mutta todettakoon tässä, että Suomi on sen suhteen EU-maista viimeisellä sijalla [HS. 30.11.].

Selkein virheellinen mielikuva, jota pandemiaviestintä on Suomessa[kin] antanut ymmärtää, on rokotusten [ja sairastetun taudin] antaman immuunisuojan pysyvyys. Se voisi jotenkin selittää toistuvaa vakuuttelua että jokainen sairastaa covidin ennen pitkää, nihkeää suhtautumista ja viivyttelyä lasten rokottamisessa sekä pandemian torjunnan nojautumista lähes yksinomaan rokotuksiin ja koronarokotustodistuksen käyttöön. Pysyvää tai edes 6 kk pitempää suojaa ei nykyisillä rokotteilla kuitenkaan ole nähtävissä.

Toisen rokoteannoksen suoja hiipuu iäkkäämmillä jo neljän, viiden ja nuoremmillakin kuuden kuukauden kuluttua rokoteannoksen saamisesta [Nordström, Lancet ennakkojulkaisu 1 kk sitten, koko Ruotsin väestön kattava tutkimus]. Suomessa parin viime kuukauden hidastuvasta rokotustahdista ja kolmansien rokotusannosten viivästyneestä jakelusta johtuen koko väestön efektiivinen rokotussuoja on heikentynyt lokakuusta lähtien ja heikkenee jyrkkenevästi. Covid kuolleisuuden lisääntyminen syksyn kuluessa johtuu ainakin osittain tästä syystä. Omicron-variantin saapuessa rokotustahti olisi kiristettävä nopeasti uudestaan ainakin viime loppukevään ja kesän vauhtiin.

2.1.3 Muuttuneet koronavirukset

Kappaleessa ei – ymmärrettävästi – käsitellä [ilmeisesti] Etelä-Afrikasta maailmalle leviävää SARS-CoV-2 viruksen Omikron-varianttia. Siitä ei vielä 10 pv sitten tiedetty mitään, eikä tiedetä nytkään paljon, mikä on suurten kohun ohessa tehnyt tilaa huhuille aina parhaasta joululahjasta maailmanloppuun. Omikronin leviämisestä ja sairastuttavuudesta tiedetään kuitenkin jo jotakin.

Etelä-Afrikkalainen, Pretoriassa työskentelevä lääkäri Angelique Coetzee, joka omien sanojensa mukaan ensimmäisenä havaitsi uudentyyppisen covid oirekuvan on hoitanut kolmeakymmentä Omicron-potilasta. Hän kertoo että kaikki ovat olleet hyvin väsyneitä mutta toipuneet tai toipumassa kotihoidossa. Hänen videoitua lausuntoaan

toistetaan maailmalla vahvistamaan toivoa, että Omicron olisi edellisiä variantteja vähemmän vaarallinen.

Etelä-Afrikan pääkaupungin, Pretorian, lisäksi mm. Johannesburg kuuluu Gautengin provinssiin, jonka asukasluku on 12,3 miljoonaa. Etelä-Afrikan terveysministeriön verkkosivustolta löytyy yksityiskohtaiset jatkuvasti päivittyvät tilastot covid-19 tartunnoista ja sairaalahoidon kuormituksesta maan eri provinsseissa. Niiden mukaan Gautengin provinssin sairaaloihin otettujen covid-19 potilaiden määrä 4,8-kertaistui (120 –> 580) viikosta 44 viikolle 47, Gautengin sairaaloiden osuus koko Etelä-Afrikan sairaaloiden covid-19 sisäänotoista nousi samanaikaisesti 22 -> 59%, viikottain rekisteröityjen koronatartuntojen määrä 30-kertaistui(!) ja Omicronin osuus kaikista tartunnoista kasvoi 0->75%.

Toisten lähteiden mukaan monet sairastuneista on rokotettu kahteen, joku jopa kolmeen kertaan.

Ts. kyseessä on erittäin nopeasti leviävä ja kilpailijat syrjäyttävä virus, jonka on potentiaalia ohittaa niin delta-variantin tuottamaa immuniteettia kuin rokotussuojaakin, ja joka saattaa uhat

a sairaanhoitokapasiteetin rajoja jo muutaman viikon kuluessa ensimmäisistä tartunnoista.

Omikronia tuskin voidaan estää tulemasta Suomeen ja leviämästä myös täällä. Meidän lentokenttien, satamien ja maarajojen suojaus on pettänyt kerta toisensa jälkeen. Ajan voittaminen on kuitenkin nyt kaikki kaikessa. Jokainen voitettu viikko lisää 2. ja 3. rokotuksen kattavuutta, edesauttaa uusien koronalääkkeiden maahan saamista [ne eivät perustu piikkiproteiinin ominaisuuksiin, ja tehonnevat Omicroniin yhtä hyvin kuin muihinkin variantteihin], ja antavat meille lisää tietoa sekä Omicron-covidilta suojautumisesta että sen parantamisesta.

2.1.5 Covid-19-pandemian ennakoitu kehittyminen kevään 2022 aikana

Edellä kuvatun Omicron-variantin lähes väjäämätön saapuminen Suomeen muuttaa enemmän tai vähemmän perinpohjaisesti kevään pandemiadotukset lisäämällä suuresti epävarmuutta kaikesta siitä, mitä tapahtuu Suomen rajojen sisä- ja ulkopuolella. Nyt on ennen kaikkea valmistauduttava pahimpaan. Ylivarautumisen riski on pieni ja se on helposti ja eriasteisesti purettavissa jos/kun se osoittautuu liialliseksi. Varautumatta jättämisen korjaaminen kriisi- ja paniikkitilanteessa on kaikin tavoin hyvin paljon raskaampaa. WHO:n Mike Ryanin neuvot ovat tässä tilanteessa parhaat. *Be fast – have no regrets. If you wait until certainty, it is too late*. Toisten ja kolmansien rokotusten kiriminen ja covid-lääkkeiden hankkiminen eivät voi viedä harhaan.

2.4. Covid-19-testaus ja rokotukset rajat ylittävässä liikenteessä … 2.7 terveysturvallisuustoimet rajat ylittävässä liikenteessä.

ECDC:n suositukset että 1) väestön covid-19-rokotusten edetessä ja estäessä tartuntoja matkustajien testaus- ja karanteenisuosituksista voitaisiin luopua

rokotettujen henkilöiden kohdalla, ja että 2) matkustamiseen liittyvistä testaus-karanteenikäytännöistä voidaan luopua niiden henkilöiden kohdalla, jotka ovat sairastaneet laboratoriovarmistetun covid-19-infektion korkeintaan 180 päivää aikaisemmin, ovat peräisin viime maalis- ja huhtikuulta ja perustuvat viimeistään Deltavariantin vääräksi osoittamaan käsitykseen rokotuksen antamasta suojasta tartunnan saamista ja edelleen jakamista vastaan. Suoja paljon Deltaa enemmän mutatoituneen Omicron variantin kohdalla osoittautunee vielä heikommaksi.

Aiemmin esitetty THL:n arvio 72 tunnin kuluttua maahan saapumisesta tehdyn testin luotettavuudesta on sen sijaan soveltamiskelpoinen, ja vastaa myös Britannian nykyistä käytäntöä. Sinne matkustamiseen on vaadittu jo viikkojen ajan PLF-kaavakkeen täyttämisen ja rokotustodistuksen lisäksi 72 tunnin kuluttua maahan saapumisesta tehtävä testi, johon kelpuutetaan myös itse tehty pika/antigeenitesti.

Maahantulotarkastusten jättäminen pistokokeiden ja vapaaehtoisen testaamisen varaan säästää epäilemättä kohdennettuja henkilöstöresursseja lentokentillä ja satamissa, mutta samalla se nopeuttaa uusien varianttien maahan tuloa ja tartuntaketjujen alkamista, ja lisää sen vuoksi henkilöstöresurssien tarvetta huomattavasti enemmän ja kalliimmalla sairaaloissa ja terveyskeskuksissa hajautetusti ympäri maata - vähän myöhemmin tosin. Viime kevään ja kesän Deltavirusaaltojen käynnistyminen maahan kontrolloimatta saapuneista matkustajista käynee koulukirjaesimerkistä.

Henkilöstöresursseista rajanylityspaikoilla ei tosin ole paljoa hyötyä, jos niitä ei käytetä. Twiittasin pari viikkoa sitten omasta kokemuksestani saapuessani Helsinki-Vantaan lentokentälle Manchesterista. Kentällä oli ennen matkatavara-aulaan laskeutumista runsaasti koronapassin tarkastajia, jotka kuitenkin viittoivat menemään ohi ”tänään on onnenpäiväsi”. Sain nopeasti useita vastauksia jotka kertoivat samanlaisista kokemuksista lentokentällä ja satamissa.

Finentry palvelun laaja käyttöönotto ja sen kautta varattava covid-19 testi on erinomainen asia. Britanniaan matkustettaessa vastaava järjestelmä on pakollinen ja edellytys lennon lähtöselvitykselle.

2.11 Koronavilkku

Koronavilkun, kuten koronapassikin, käyttöönotto viivästyi aluksi kuukausia, ja molemmat otettiin käyttöön mahdollisuuksiinsa nähden merkittävästi heikennetyssä muodossa. Käyttöönoton jälkeen koronavilkun ympärillä on vallinnut niin syvä hiljaisuus, että olisi kiinnostavaa tietää miten suuri osa tartunnoista on jäljitetty koronavilkun avulla. Jos sen ainoa merkitys todella on, että koronavilkun hälytyksen jälkeen myös oireinen kaksi kertaa rokotettu ohjataan testiin [kun häntä ei ilman koronavilkkuhälytystä testattaisi] niin eipä paljon jää käteen. Ylipäätään erottelu lieväoireisiin, ei testata, ja oireileviin, testataan, on kyseenalainen, ellei testauksen ainoa tavoite ole diagnoosin varmistaminen, ja siis ei tartuntaketjujen katkaiseminen.

3 Tavoitteet

Esityksen tavoitteet ovat hyvät, mutta toinen tavoite, ”vähentää Suomeen rajat ylittävän liikenteen kautta leviäviä covid-19-tartuntoja sekä ehkäistä uusien covid-19-virusmuunnosten leviämistä Suomeen” kaipaa terävöittämistä. **Uusien covid-19 virusmuunnosten leviämistä Suomeen ei <u>ehkäise</u> rajat ylittävän liikenteen kautta leviävien covid-19 tartuntojen <u>vähentäminen</u>. Tarvitaan rajat ylittävän liikenteen kautta leviävien covid-19 tartuntojen <u>ehkäiseminen</u>**, koska maahan saapuvien tartuntojen jako uusiin ja aikaisempiin virusmuunnoksiin selviää aikaisintaan useita päiviä maahan saapumisen ja ensimmäisten jatkotartuntojen jälkeen.

4.1 Keskeiset ehdotukset

”Velvoite käydä covid-19-testissä 72–120 tunnin kuluessa maahan saapumisesta koskisi [vain] heitä, joilla olisi covid-19-testitodistus, jotka kävisivät covid-19-testissä Suomeen saavuttuaan tai jotka olisivat saaneet vain osittaisen rokotesarjan.”

Sairastettu COVID-19 tai täysi rokotussarja ei estä tartuntaa, oireetonta tai vähäoireista covid-19 infektiota eikä jatkotartuttamista, vaan ainoastaan vähentää niiden todennäköisyyttä. Tehokkaimman esteen maahan saapuvan aiheuttamalle jatkotartunnalle muodostaa 72 t maahan saapumisen jälkeen tehty testi, ja siksi pitäisi olla pakollinen kaikille maahan saapuville EU:n koronatodistuksesta riippumatta. Sen voi toteuttaa myös edullisesti ja etänä Britannian mallista kehittämällä.

”Samalla tarkennettaisiin kunnan tai sairaanhoitopiirin alueella todettujen tartuntaryppäiden kriteeriä siten, että säännöksen soveltaminen edellyttäisi, että tartuntaryppäät alueella ovat merkittäviä ja ne voisivat aiheuttaa riskin uusien tartuntojen laajaan leviämiseen alueella.”

Erityisesti nyt Delta- ja mitä todennäköisimmin myös Omicron variantin vallitessa paikallisten tartuntaryppäiden jäljittäminen ja tartuntaketjujen katkaiseminen on ylipäätään mahdollista vain silloin kun ne vielä ovat pieniä ja paikallisia. Toimenpiteisiin ryhtyminen vasta sitten kun *tartuntaryppäät alueella ovat merkittäviä* tarkoittaa samalla niiden *laajan leviämisen* varmistamista, jonka jälkeen ainoastaan raskailla, karkeilla ja koko väestöön kohdistuvilla toimilla on tehoa. Ja juuri näitähän meidän pitäisi pyrkiä välttämään. **Tältä osin ehdotus on kaiken sen vastainen, mitä herkästi tarttuvien ja nopeasti leviävien tautien torjunnasta tiedetään**.

4.2 Pääasialliset vaikutukset

”Ehdotetuilla muutoksilla pystytään tehokkaasti suojelemaan väestön terveyttä sekä turvaamaan sosiaali- ja terveydenhuollon kantokykyä ehkäisemällä covid-19-tartuntojen leviämistä.”

Koronatodistukseen liittyviä vaikutuksia arvioitaessa on syytä huomioida, että jo Delta- mutta erityisesti Omicron variantin vallatessa kenttää ja rokotettujen väestöosuuden kasvaessa EU:n koronatodistuksen merkitys kohdentuu lähinnä rokottamattomien suojaamiseen ulos sulkemalla, ja sitä kautta – toivottavasti - rokotuskattavuuden nostamiseen. Sikäli kun muut, rokotettujen etäisyyksiä,

istumapaikkoja, asiakasmääriä, maskien käyttöä ym. koskevat rajoitukset ja suositukset poistuvat, riskit hiipuvat pois mielistä ja uudet variantit samalla leviävät, rokotettujen, mutta silti tartuntoja saavien ja levittävien sekä vakavasti sairastuneiden aiheuttama sairaalakuormituksen kasvu voi kumota rokotusten antaman suojavaikutuksen kasvun. Ja juuri näinhän on tänä syksynä itse asiassa käynyt.

Tähän mennessä 13 Euroopan maata yhteenlaskien täyden sarjan rokotuskattavuuden noustessa 5 => 40% sairaalakuormitus väheni kymmenesosaan, mutta rokotuskattavuuden nostaminen edelleen 65%:iin, samalla kun rajoituksia purettiin, kolminkertaisti sairaalakuormituksen. Kehitys on Suomessa ollut samankaltainen. Rokotuskattavuuden noustessa 2 => 20% sairaalakuormitus väheni 89%, mutta rokotuskattavuuden nostaminen edelleen 65%:iin, samalla kun rajoituksia purettiin, viisinkertaisti sairaalakuormituksen. Nämä sairaalakuormituksen uudelleen kohoamiset johtuvat epäilemättä edelleen korkeaksi jäävästä rokottamattomien osuudesta, mutta ne kertovat samalla, että kun rokotusten antama suoja tartuntojen levittämistä ja vakavaa sairastumistakin vastaan ei ole läheskään täydellinen ja edellisestä rokotuskerrasta kuluneen ajan vuoksi hiipuu, kahden rokotuksen sarja ei pelasta sairaanhoidon kantokykyä kovin pitkäksi aikaa.

4.3 Taloudelliset ja viranomaisiin kohdistuvat vaikutukset

Kaikkien COVID-19 taudin leviämiseen vaikuttavien toimenpiteiden talousvaikutukset ovat valtaosaltaan välillisiä ja riippuvat ensisijaisesti toimenpiteiden tehokkuudesta sairaus- ja kuolemantapausten minimoimiseksi. Yhdysvaltain tiedeakatemian PNAS-julkaisusarjassa elokuussa 2020 julkaistun tanskalaistutkimuksen ja muiden tutkimusten perusteella professori Antti Ripatti arvioi, että jopa 80–90 prosenttia pandemian aikaisesta kulutuksen vähenemisestä johtuu pelkästään ihmisten varovaisuudesta (YLE-Uutiset 30.10.). Tämä näkyy myös selkeästi mm. kymmenien maiden kansantalouksien kasvun/supistumisen ja väestön koronakuolleisuuden suhteiden vertailussa. Olen itse julkaissut sellaisen blogissani https://worldaccordingtomatti.blog/2020/10/25/talous-ja-terveys-eivat-ole-vaihtoehtoja/ ja vastaavan voi poimia tai luoda itse esim. sivustolla https://ourworldindata.org/grapher/q2-gdp-growth-vs-confirmed-deaths-due-to-covid-19-per-million-people. Tulos on hyvin hyvin johdonmukaisesti, että mitä pienempi COVID kuolleisuus, sitä pienemmät kansantalouden menetykset. Elämästään ja terveydestään huolestuneet kansalaiset eivät ole parhaita kuluttajia, sijoittajia eikä työntekijöitä.

Globaalisesti, valtakunnallisesti ja paikallisesti aaltoilevan pandemian ja näiden aaltojen eri vaiheisiin kohdistuvien reaktiivisten torjunta- ja elvytystoimien merkittävin talousvaikutus on tarkkaan ajoitettujen ja tasapainotettujen tuotannon ja kaupan arvoketjujen häiriintyminen ja katkeileminen. Se näkyy tuotannolle kriittisten komponenttien, rahtaus- ja varastokapasiteettien puutteena, tuotannon tyhjä- ja vajaakäyntinä, yhtä aikaa kasvavana työttömyytenä ja työvoimapulana, kaupoissa tyhjinä hyllyinä ja hintojen nousuna sekä inflaationa, koska tarjonta ja kysyntä eivät kohtaa ja koko talouden tehokkuus heikkenee.

4.4 Yhteiskunnalliset vaikutukset

Vaikutukset kansalaisten asemaan

”Kansallisen covid-19-testaus- ja jäljitysstrategian mukaan testauskapasiteetti kohdennetaan ensisijaisesti oireisten henkilöiden testaamiseen.”

WHO:n pääjohtaja, Ghebereyesus suositteli viimeksi 12.11.21 käyttämään **testausta, maskeja, turvavälejä, keinoja tungosten välttämiseksi ja tehostettua ilmanvaihtoa**. Sekä **ottamaan rokotteen, kun vuoro tulee** [https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---12-november-2021].

Edessä olevassa tartuntatautilain muutosesityksessä [kuten sen taustalla olevassa tartuntatautilaissakin] Ghebereyesusin ensimmäiseksi nostama **testaus** on rajattu rajoilla tehtäviin, koronapassiin liittyviin ja diagnostisiin testeihin. Esim. itse tai laboratoriossa tehtäviä antigeenitestejä ei mainita kertaakaan. Näillä yleisesti saatavissa olevilla ja halvoilla testeillä testauskapasiteetti ja testauksilla saatava hyöty tartuntaketjujen katkaisemisessa voidaan monikymmenkertaistaa ilman julkisen sektorin työtä ja kustannuksia, ja näin vähentää altistuksia ja siten torjua tartuntatautilain mukaisen tarttuvan taudin leviämistä sosiaalisessa ja perheen kanssakäymisessä. Mm. Ranskan kouluissa lapsille tehdään antigeenitestejä säännöllisesti ja vähänkin isommat lapset osaavat tehdä sen itse.

Ghebereyesusin seuraavaksi nostama **maski** mainitaan ainoastaan kerran, ECDC sitaatissa. FFP-maski on yhteiskunnalle kustannustehokkain ja kansalaiselle yksilöllisin ja vähiten rajoittava tapa suojata itseään ja lähimmäisiään covid-19 tartunnalta. Sen syrjimistä Suomen koronatiedottamisessa on vaikea käsittää.

Lakimuutoksen koko vaikuttavuus on laskettu koronarokotusten ja rokotuksiin liittyvän koronapassin varaan. Painotusero WHO:on on jyrkkä. WHO:n pääpaino on ei-lääketieteellisissä-keinoissa [Non-pharmaceutical methods], mutta esitetty Suomen tartuntatautilain muutos sivuuttaa ne täysin. Rokotuskattavuuden ja sairaalakuormituksen rinnakkainen kehitys Euroopan maissa keväästä 2021 tähän päivään osoittaa toki rokotteiden ja maksimaalisen rokotuskattavuuden välttämättömyyden kansalaisten terveyden ja sairaanhoidon kantokyvyn turvaamisessa, mutta se ei rohkaise luottamaan pandemian sammuttamiseen ja uusien pandemia-aaltojen estämiseen rokottamalla.

Uusien koronalääkkeiden (mm. Merck/MSD, Pfizer) merkitys ”viruksen kanssa elämisen” mahdollistamisessa noussee Omicron variantin kohdalla merkittäväksi, mahdollisesti kriittiseksi. Sikäli kun näin käy, se tapahtuu Tartuntatautilain väliaikaisen muutoksen voimassaoloaikana. Sen vuoksi pidän tarpeellisena, että valmius ja säännöt näiden lääkkeiden pikaiseen hankintaan, jakeluun ja käyttöön kirjattaisiin lakiin nopeutetusti. Jonon hännille jääminen näiden koronalääkkeiden hankinnassa ja käytössä voisi osoittautua kohtalokkaaksi satojen tai tuhansien suomalaisten terveydelle, tai vaihtoehtoisesti pakottaa rankkoihin, mutta lääkkeen avulla vältettävissä oleviin yleisiin rajoituksiin sairaanhoidon kantokyvyn turvaamiseksi.

Kun tämän sijaan toimitaan edellä kuvatun kansallisen testaus- ja jäljitysstrategian mukaisesti, kasvava osa tartunnoista jää pimentoon, tieto havaituista tartunnoista

saadaan vasta kun jatkotartunnat ovat jo tapahtuneet. Testauksen ainoaksi merkitykseksi jää diagnoosin varmentaminen. Testauskustannukset toki alenevat, mutta sairaanhoitokustannukset kasvavat suunnattomasti enemmän. Vain diagnostiikkaa tukeva testaus tekee mahdottomaksi luotettavan, vertailukelpoisen ja realistisen pandemian tilannekuvan muodostamisen sekä kansalaisille että päättäjille - pientä kansainvälisesti verkostunutta asiantuntijajoukkoa lukuun ottamatta. Sama koskee kansainvälisesti Suomen tilannetta kaupallisten tai sijoitussuunnitelmien, omien matkasuunnitelmien tai tilaisuuksien järjestämisen näkökulmasta kiinnostuneita. Tieto siitä, että tietoa pimitetään tai sitä ei haluta edes tuottaa, ruokkii huhuja ja trollausta niin tautitilanteesta kuin ”niiden” tarkoitusperistäkin.

Ja ennen kaikkea, strategia on yksiselitteisesti tietoyhteiskunnan, avoimen yhteiskunnan ja kansalaisyhteiskunnan periaatteiden vastainen.

Vaikutukset lapsiin

Kouluikäisillä lapsilla rekisteröidään, vaikka oireettomia lapsia ei periaatteessa edes testata, n. 2000 tartuntaa viikossa, kaikista ikäryhmistä ylivoimaisesti eniten. Heidän vanhempiensa ikäluokalla rekisteröidään n. 1500 tartuntaa viikossa, mutta koska heistä vain n. 60% asuu lapsiperheissä, lapsiperheiden vanhemmille näistä tartunnoista osuu karkeasti arvioiden 900 tartuntaa viikossa. Kun huomioidaan, että useimmissa perheissä on 2 vanhempaa ja heillä keskimäärin alle 2 lasta osoittautuu ilmeisen mahdottomaksi, että lasten tartunnoista edes enemmistö olisi saatu kotoa, ainakaan lasten vanhemmilta. Englantilaisessa julkaisussa todetaan pitkälle samaa kuin edellä. Lasten tartuntamäärät olivat kaikista ikäryhmistä ylivoimaisesti korkeimmat, moninkertaiset heidän vanhempiensa ikäluokkaan verrattuna. Lapsia joutuu myös Englannissa sairaalahoitoon paljon aikuisia harvemmin, mutta silti esim. 14.10.2021 heistä 2,6% [111 000:lla varmistettu tartunta] oli poissa koulusta nimenomaan koronaviruksen aiheuttaman sairauden vuoksi. Kirjoittaja kysyykin, onko näin korkea lasten tartuntojen taso hyväksyttävissä? Kansallisen tilastokeskuksen (ONS) mukaan Englannissa oli 7.10.2021 29 000 2-16 v. lasta jotka eivät olleet parantuneet Covidin oireista 12 viikossa, ja 11 000 lasta joiden oireet olivat jatkuneet vähintään vuoden. [https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2641]

Yhden koulun oppilaita, opettajia ja heidän vanhempiaan 15 viikon ajan seurannut belgialaistutkimus osoitti, että tartunnat covid-19 tartunnat levisivät pääosin koulussa opettajien ja oppilaiden kesken. Myös kodeissa tapahtuneista tartunnoista suurin osa oli peräisin lapsilta, jotka olivat saaneet sen koulusta. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2784812.

On selvää, että kouluikäisille lapsille on parasta saada käydä koulua omissa luokissaan, yhdessä ikätoveriensa kanssa ja opettajien ohjauksessa. Samalla on kuitenkin otettava huomioon, että pandemiatilanteesta riippuen luokkaopetuksen hinta saattaa osoittautua liian korkeaksi sekä lapsen omalle terveydelle että hänen vanhempiensa terveydelle, erityisesti kun otetaan huomioon, että luokkaopetuksesta kiinni pitäminen hinnalla millä hyvänsä saattaa sekä pitkittää että syventää pandemian seurauksia myös lapsille itselleen. Näin jälkikäteen on selvää, että samalla kun keväällä päätettiin että lapset palaavat syksyllä luokkaopetukseen, olisi tullut myös päättää ainakin yli 12 v. ikäisten lasten rokottamisesta.

Kuopiossa 1.12.2021.

Matti Jantunen, tutkimusprofessori emeritus

Kuivinniementie 17

70460 Kuopio

+358400142048

matti.jantunen@janding.fi