14.2.2022

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta
StV@eduskunta.fi

O 8/2020 vp

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin asiantuntijalausunto koronavirusepidemian tilanteesta

Eduskunnan sosiaali- ja terveysvaliokunta on pyytänyt HUSilta asiantuntijalausuntoa Suomen koronavirusepidemian tilanteesta ja sen tulevasta kehityksestä sekä yleisvaarallisen tartuntataudinkriteerien soveltumisesta koronavirustartuntoihin. Lisäksi on pyydetty uusien koronavirusrokotteiden ja lääkkeiden käytöstä ja kehityksestä. Arvioita on pyydetty myös palvelujärjestelmän kantokyvystä, hoitojonoista ja hoitovelasta sekä epidemian vaikutuksesta laajemmin kasanterveysteen ja hoitovelkaan. HUSin osalta vastaamme ensi sijassa HUS-alueen epidemiatilanteeseen sekä lääkehoitojen mahdollisuuksiin ja vaatimiin toimenpiteisiin sekä HUSin hoitojonoihin. Oletamme, että Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos tuo lausunnossaan esille laajemmin palvelujärjestelmään ja kansanterveyteen kohdentuvat epidemian vaikutukset.

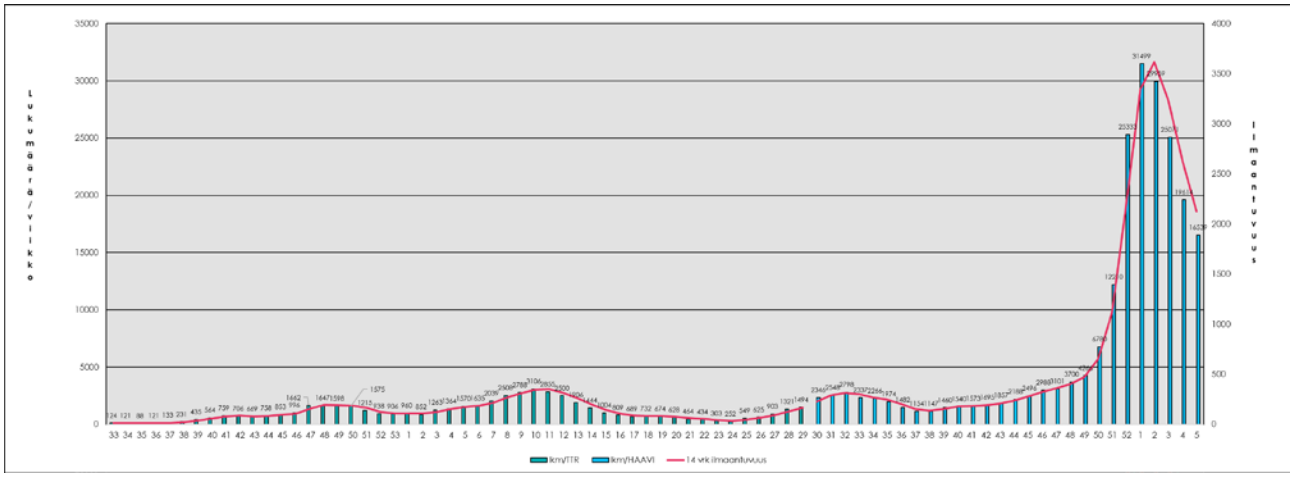
Epidemiatilanne erityisesti HUS-alueella

HUS-alueella alkoi itsenäisyyspäivän jälkeen voimakkaasti levitä koronaviruksen uusi omikron-variantti, joka noin kahden viikon leviämisen jälkeen vastasi jo 90 % kaikista alueen tartunnoista. Omikron-variantin leviämisnopeus ja tartuttavuus olivat korkeammat kuin aikaisemmalla valtaviruksella, delta-variantilla, ja siten uusien tartuntojen määrä nousi vuodenvaihteessa voimakkaasti. Tartuntamäärien nousu oli niin voimakasta, että se ylitti korkeimmillaan kymmenkertaisesti aiempien epidemiahuippujen korkeimmat viikoittaiset tartuntamäärät siitä huolimatta, että terveydenhuollon kyky testata kaikki testiin hakeutuneet heikkeni huomattavasti ja jono testiin pääsyyn piteni pisimmillään viikoksi. Testinottokapasiteetin ylittymisessä on huomioitava, että HUS-alueella on koko epidemian ajan testejä otettu väestöpohjaan suhteutettuna enemmän kuin muiden sairaanhoitopiirien alueella.

Laboratoriovarmennettujen Covid-19-tartuntojen määrä on neljättä viikkoa laskussa HUS-alueella. Ne ovat kuitenkin edelleen aiempia epidemiahuippuja huomattavasti korkeammalla tasolla testiin ohjautumisen kriteerien muutosten sekä testauskapasiteetin ylittymisen vuoksi. Todellisten tartuntatapausten määrä on vieläkin suurempi ja tilastoista piiloon jäävien tartuntojen määrä on merkittävästi korkeampi kuin aikaisempien epidemiahuippujen aikana. Epidemia ei siten ole ohitse ja tartunnansaamisen riski on edelleen selvästi korkeampi kuin aikaisempien epidemiahuippujen aikana (kuva 1).

HUS Helsingin yliopistollinen sairaala
Yhtymähallinto
PL 200
Stenbäckinkatu 9, Helsinki
00029 Helsinki
(09) 4711
etunimi.sukunimi@hus.fi
www.hus.fi
Y-tunnus 1567535-0

14.2.2022



Kuva 1. Viikoittaiset laboratoriovarmistetut covid-19 tartunnat HUS-alueella. Lähde: tartuntatautirekisteri ja Haavi-ohjelmisto.

Epidemian huippu on saavutettu ja voidaan arvioida vähintään kolmanneksen HUS-alueen väestöstä saaneen kahden edeltävän kuukauden aikana omikron-variantin aiheuttaman tartunnan. Tämä yhdessä tuoreiden rokotusten, erityisesti kolmen rokoteannoksen, antaman noin 50 % suojan Covid-19-tartuntaa vastaan kautta uusien tartuntojen syntymisen nopeus tullee väistämättä hidastumaan. Jätevesistä on kahtena edellisellä viikolla todettu HUS-alueen kahdessa jätevedenpuhdistamossa huomattavasti aiempaa matalammat SARS-CoV2-viruksen RNA-määrät. Tämä sopii hyvin jo joitakin viikkoja aiemmin olleeseen epidemiahuippuun, sillä jätevesien viruspitoisuuden laskuun menee noin 2–3 viikkoa pitkään tartunnan jälkeen jatkuvan erityksen vuoksi. Tartuntojen lasku on toteutunut asteittaisen rajoitusten purkamisen jälkeen, joskaan suurimpien yleisötilaisuuksien rajoitusten vapauttaminen 8.2.2022 alkaen ei vielä näy tartuntamäärissä.

Tartunnat viimeisen kahden kuukauden aikana ovat kohdentuneet pääosin alle 60-vuo-tiaaseen väestöön, jonka taustalla on todennäköisimmin vanhemman väestön suurempi varovaisuus tartunnan saamiselta sekä vanhemman väestön hyvä 3 rokoteannoksen rokotuskattavuus. Siten omikron-muunnoksen vielä sairastamatonta iäkkäämpää väestöä on edelleen runsaasti ja pieni osuus myös rokotetuista omikron-tartunnan saatuaan joutuu sairaalahoitoon. HUS-alueella on kuitenkin vielä noin 100 000 täysin rokottamatonta yli 20-vuotiasta aikuista. Laskennallisesti heistä muodostuisi vielä 10 000–20 000 uuttaa alkavaa sairaalahoitojaksoa Covid-19-infektion vuoksi. Osa näistä sairaalajaksoista on tosin jo estynyt nyt alkuvuodesta sairastetun taudin kautta. Sairaalahoidossa tulee todennäköisimmin koko talven ja kevään olemaan merkittävä määrä potilaita Covid-19-infektion vuoksi ja muiden sairaalahoidon syiden ohella myös samanaikaisen Covid-19-infektion kera. Suuren väestöjoukon yhtäaikaisen sairastumisen riskiä vähentää sairauden myötä saatu suoja tartunnoilta ja rokotuksen antama osittainen suoja sekä hyvä suoja vaikeaa tautia vastaan. Siten voimakkaiden rajoitustoimenpiteiden tarve HUS-alueella on todennäköisimmin ohitettu.

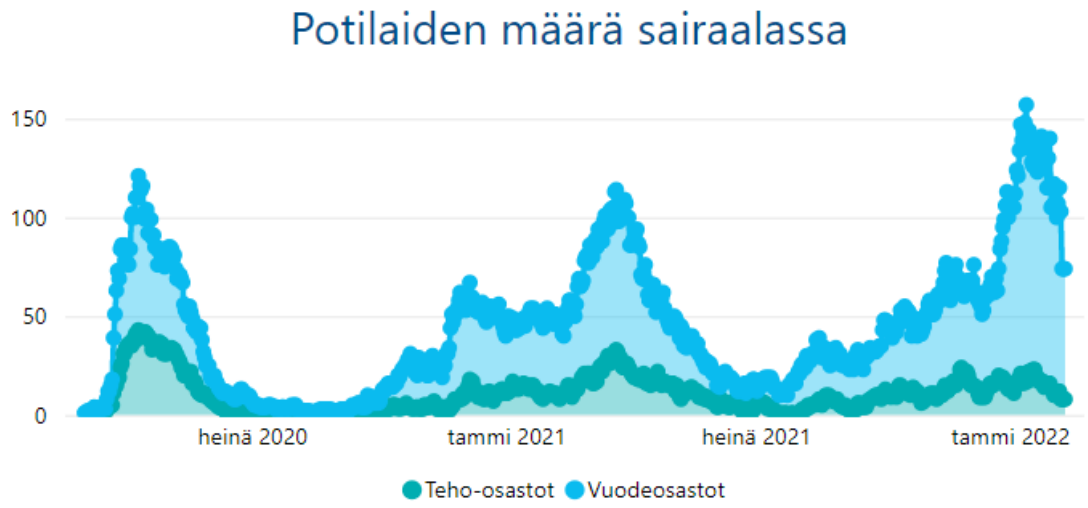
HUS Helsingin yliopistollinen sairaala
Yhtymähallinto

PL 200
Stenbäckinkatu 9, Helsinki
00029 Helsinki

(09) 4711

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

HUS-erikoissairaanhoidossa on 11.2.2022 aamulla ollut vuodeosastoilla 99 potilasta ja teho- ja valvontaosastoilla 6 potilasta. Vuodeosastohoidon potilaista HYKS-sairaaloissa on puolet ollut muilla kuin Covid-19-hoidon kohorttiosastoilla, joten heidän ensisijainen sairaanhoitonsa syy on ollut todennäköisimmin muu sairaus kuin Covid-19-infektio. Tehohoidon potilaista puolet on hoidossa muun syyn takia. Covid-19-infektion hoitoon keskittyvillä ns. kohorttiosastoilla potilasmäärä on kuukaudessa noin puolittunut ja kaikkien sairaalahoidossa olevien Covid-19-potilaiden määrä on laskenut noin kolmanneksella huipputasosta. Tehohoidon Covid-19-potilaiden määrä on enää neljännes tammikuun 2022 huipputasosta (kuva 2). Myös kuntien perusterveydenhuollon osastoilla olevien Covid-19-potilaiden määrä on enää kolmannes tammikuisista huipputasoista. Tartuntamäärät ovat laskeneet ja sen myötä Covid-19-potilaiden määrä sairaalahoidossa tullee jatkossakin hitaasti laskemaan ja keskittymään entistä enemmän muiden kuin Covid-19-infektioiden vuoksi sairaalahoitoon joutuneisiin potilaisiin, joilla on samanaikaisesti todettu Covid-19 infektio. Nämä tulevat kuormittamaan erikoissairaanhoitoa laajalti, koska potilaat on jatkotartuntojen estämiseksi eristettävä muista potilaista ja heidän hoidossaan tulee henkilökunnan käyttää suojavarusteita. Merkittävin ongelma on tällä hetkellä edelleen koko hoitoketjun sujuvuus. Potilaiden siirtyminen terveyskeskussairaaloihin, kotihoitoon ja ympärivuorokautiseen hoivaan on merkittävästi hidastunut. Tähän vaikuttavat sekä henkilökunnan sairastuminen että Covid-19-potilaiden hoitoon tarvittavat resurssit, jotka ovat pois muusta potilashoidosta. Kokonaisuudessaan terveydenhuollon tilanne on kuitenkin helpottumassa.



Kuva 2. Covid-19 potilaat HUS erikoissairaanhoidon vuode- ja teho-osastoilla epidemian aikana

Koronavirus SARS-CoV2 tullee jatkossakin aiheuttamaan sairastumisia ja on oletettavaa, että tartuntatapaukset keskittyvät voimakkaammin talvikuukausiin, jolloin on tavanomais-

ten kausittain kiertävien koronavirusten epidemia-aika. Tällöin myös sairaalahoidon tarvetta tulee esiintymään, jonka määrään vaikuttaa merkittävimmin rokottamattomien määrä sekä kiertävän viruskannan ominaisuudet. Tilanne tullee olemaan vastaava kuin muidenkin pandeemisesti kiertäneiden virusten jälkeen. Sikainfluenssapandemian jälkeisinä vuosina sairaalahoidon sekä tehohoidon tarvetta oli useammalla talvikaudella varsinaisen epidemiavuoden jälkeen ja sairaalan ennalta suunniteltua leikkaustoimintaa joudettiin peruuttamaan potilasmäärän ollessa huipussaan.

Uuden koronaviruksen (SARS-CoV2) luokittelu yleisvaaralliseksi tartuntataudiksi

Keskustelu infektio- ja tartuntatautilääkärien keskuudessa uuden koronaviruksen yleisvaarallisuuden poistamisesta on käynnistynyt jo lokakuussa 2021, mikä ennenaikaisuudessaan on katsottava reaktioksi valtionhallinnon ohjeiston ristiriitaisuudelle käytännössä toteutettavissa olevien ja alueellisesti annettujen ohjeiden kanssa. Yleisvaarallisuuden kriteereinä tartuntataudeille on pidetty 1) taudin suurta tarttuvuutta, 2) taudin vaarallisuutta sekä sitä, että 3) taudin leviäminen voidaan estää toimenpiteillä, jotka kohdistuvat tautiin sairastuneeseen tai sille altistuneeseen.

Näistä taudin suuri tarttuvuus on edelleen toteutuva omikron-muunnoksen tarttuessa myös rokotettuihin ja taudin aiemmin sairastaneisiin. Voimakkaimman omikron-aallon päätyttyä, ei tämän kriteerin täyttyminen ole enää todennäköinen. Tauti on edelleen ollut yhteiskunnallisesti vaarallinen siinä mielessä, että sairastuneiden suuri määrä on johtanut ongelmiin sairaalahoitoa vaatineiden Covid-19-potilaiden ja muita sairauksia sairastaneiden potilaiden hoidossa. Tämän vuoksi on jouduttu yhä edelleen merkittäviin yhteiskunnallisen toiminnan rajoituksiin ensimmäistä kertaa itsenäisen Suomen historiassa. Omikron-aallon yhteydessä merkittävä osa väestöstä saanee vastustuskykyä tartuntaa vastaan ja tämäkin kriteeri poistunee vielä tämän talven aikana.

Omikron-variantin ja jo sitä edeltäneen delta-variantin tarttumisnopeus on ollut niin suuri, ettei tartunnanjäljityksen ja karanteenitoiminnan avulla ole enää kyetty uusien tartuntojen syntymistä merkittävästi estämään syksyn 2021 aikana alueilla, joilla tartuntoja on merkittävästi esiintynyt. Kun tartunnoista noin 40 % syntyy ennen oireita, ovat edellytykset testiin hakeutumisen ja tartunnanjäljityksen nopeudelle niin suuret, ettei tartunnanjäljitys käytännössä voi epidemia-alueilla toimia. Yritykset tartunnanjäljityksen jatkamiseen ovat johtaneet kansalaisten yhdenvertaisuuden osalta kohtuuttomiin tilanteisiin sekä viranomaispäätösten viivästymiseen, joka tulee edelleen pitkään kuormittamaan kuntien perusterveydenhuoltoa. Karanteeni- ja erityspäätöksistä ja kohdentamattomasta tartunnanjäljityksestä luopuminen olisi siten tullut tehdä jo aikaisemmin kuin valtaosassa maan kuntia on jo tehty, ja päätös olisi ollut myös STM:n edelleen voimassa olevan vuodelta 2012 peräisin olevan pandemiasuunnitelman mukainen. Viimeinen yleisvaarallisuuden kriteeri ei siten ole enää pidempään aikaan täyttynyt.

Edellä esitetyn perusteella uuden koronaviruksen yleisvaarallisuuden poistaminen ei ole vielä ajankohtainen, mutta siihen valmistautuminen lähikuukausina on todennäköisimmin

aiheellista. SARS-CoV2-infektion torjuntamahdollisuudet olisivat sen jälkeenkin riittäviä infektion jäädessä laissa määritellyksi valvottavaksi tartuntataudiksi ja kun laajoja yhteiskunnallisia tai yksilöön kohdistuvia rajoitustoimenpiteitä ei olisi taudin torjunnassa tarvetta käyttää.

Hoidon saatavuus ja hoitojonot HUS-näkökulmasta

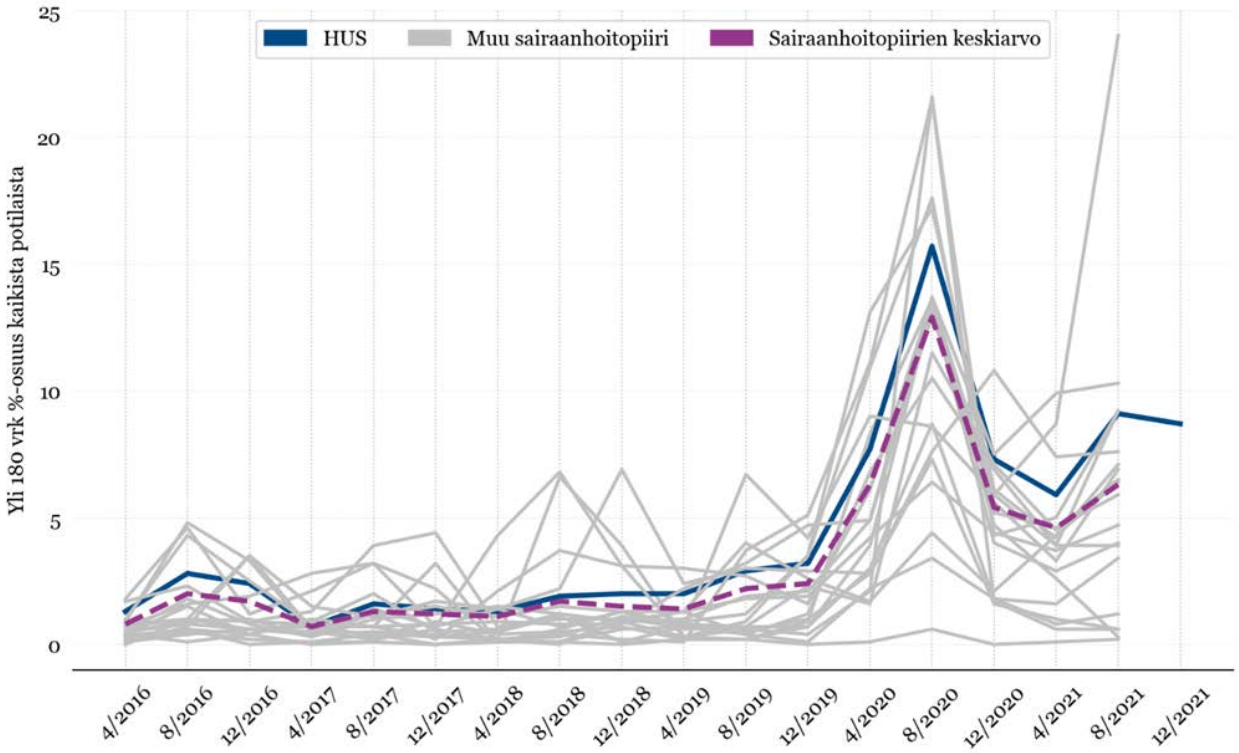
Epidemian vaikutuksilla sairaanhoidon tuotantoon on erilaisia ulottuvuuksia. Epidemia on luonut uudenlaisia tehtäviä ja toimenkuvia, jotka ovat lisänneet henkilöstön liikehdintää. Uudet tehtävät (tartunnan jäljitys, rokotus, näytteenotto) ovat tarjonneet hyvin erilaisen, jopa fyysisesti kevyemmän työnkuvan, mikä on vaikuttanut negatiivisesti hoitohenkilöstön saatavuuteen fyysisesti raskaammilla vuodeosastoilla ja vuorotyössä. Henkilöstön saatavuuden haasteet ovat valitettavasti edelleen lisänneet työssä olevan henkilöstön kuormitusta. Henkilöstön saatavuus on merkittävästi heikentynyt vuoden 2021 aikana, mikä on vaikuttanut palvelutuotannon järjestämiseen.

Keväällä 2021 usealla erikoisalalla hoitojonot lyhenivät sairaanhoidon tuotannon toimiessa normaalisti, joskin tietyillä erikoisaloilla, kuten ortopediassa ja erityisesti tekonivelkirurgiassa, osaavan henkilöstön saatavuus ja epidemian edellisistä vaiheista johtunut hoitojono jatkui hankalana. Hoidon kysyntä myös ikääntymisestä johtuviin silmäsairauksiin kasvoi merkittävästi aiheuttaen hoitojonojen pidentymistä. Kokonaisuutena hoitoon pääsyä leikkauksiin, toimenpiteisiin tai päiväkirurgiaan odottavien potilaiden määrät pysyivät melko tasaisina vuoteen 2020 verrattuna. Kaiken kaikkiaan mainittuja hoitoja odottavia potilaita oli vuoden 2021 lopussa 19 714, kun vuoden 2020 lopussa potilaita oli 19 867. Hoidon saatavuutta tarkastellaan HUSin tulosyksiköissä säännöllisesti. Jonotilannetta on pyritty helpottamaan eri keinoin (palveluseteli, lisätyö jne) usealla erikoisalalla. Tämänhetkisen arvion mukaan häiriöttömässä tilanteessa hoitojonot saadaan pääosin hallintaan vuoden 2022 aikana. Ortopedian ja silmäsairauksien kohdalla ongelma on osin rakenteinen, mikä vaatii erityistoimenpiteitä.

Vuoden 2021 lopulla tullut Covid-19-epidemian ”neljännen aallon” aikana haitat muulle sairaanhoidolle pystyttiin rajaamaan paremmin varsinkin huipun asettuessa vuoden vaihteeseen, jolloin elektiivinen toiminta oli muutoinkin lomajärjestelyjen vuoksi supistettu. Epidemian ja joulun supistetun toiminnan vuoksi vuoden lopussa ja alkuvuodesta 2022 hoitoa odottavien määrä on uudelleen lisääntynyt. Epidemian neljäs aalto on vaikuttanut merkittävästi koko hoitoketjuun, erityisesti perusterveydenhuoltoon, mikä on hidastanut potilaiden jatkohoitoon pääsyä erikoissairaanhoidosta.

Piilossa olevan hoitojonon merkitystä on vaikea arvioida luotettavasti. Epidemian ensimmäisen aallossa aikana keväällä 2020 nähtiin merkittävä vähenemä erikoissairaanhoidon lähetteissä, koska kynnys hakeutua hoitoon epidemian vuoksi oli noussut korkeammaksi. Tämän seurauksena syksyllä 2020 esiintyi ”ryvästymiä” eri aloilla pahanlaatuisten sairauksien ilmentymisessä. Viimeisin epidemia-aalto on ajallisesti ollut merkittävästi lyhyempi ja näyttöä samanlaisesta ilmiöstä kuten keväällä 2020 ei ole, vaan lähetekertymä on palannut

ja säilynyt lähes vuoden 2019 tasolla. Piilossa olevaan hoitovelkaan ei liene kellään absoluuttisen oikeaa tietoa.



Kuva 3. HUS yli 180 vrk odottaneiden %-osuudet sairaanhoitopiireittäin

Koronavirusinfektion spesifinen lääkehoito

Vaikean sairaalahoitoisen ja etenkin tehohoitoisen Covid-19-infektion hoidossa on käytetty keväästä 2020 lähtien elimistön omaa immuunivastetta heikentävää lääkehoitoa kuten kortisonia ja sen jälkeen myös elimistön tulehduksen välittäjäaineiden, sytokiinien, toimintaa salpaavia lääkkeitä, kuten barisitinbia ja anakinraa. Viruksen kasvua estävä remdesiviiri ei enää sairaalahoidon alkaessa ole ollut tehokas hoitomuoto, mikä kuvastaa sitä, että virukseen kohdentuvan lääkehoidon olisi alettava varhain, mahdollisimman pian tartunnan tai oireiden jälkeen. Tämä on yleinen toimintaperiaate viruksiin kohdentuvassa lääkehoidossa, etenkin hengitystieviruksiin. Covid-19-taudin vaikeutuessa ei viruksella tai siihen kohdistuvalla lääkehoidolla ole enää potilaan taudinkulkuun tai ennusteeseen vaikutusta.

14.2.2022

SARS-CoV2 vastaan on kehitetty useita monoklonaalisia vasta-aineita, jotka kohdentuvat suoraan virukseen ja kiinnittyessään virukseen estävät sen lisääntymistä ja vaikutusta. Vaikutusmekanismin takia ne on annettava mahdollisimman varhain tartunnan alkamisen jälkeen, eivätkä ne ole enää myöhemmin tehokkaita. Näistä ainoastaan yksi, sotrovimabi, on tehokas nykyisin leviävää omikron-viruskantaa vastaan ja senkin tehosta uudempaa ja meilläkin jo leviämässä olevaa omikron BA.2-viruskantaa vastaan on ristiriitaista tietoa. Monoklonaalisia vasta-aineita ei ole Suomessa ollut saatavilla tai käytetty, mutta HUSiin pyritään saamaan 10–20 potilaan hoitoon tarvittava määrä sotrovimabia (lääketehdas GSK), jota olisi tarkoitus käyttää varhain tunnistetun vaikeasti immuunipuutteisen (hyvin raskas syöpähoito tai tuore elinsiirto, perinnöllinen immuunipuolustuksen vaikea häiriö) henkilön hoidossa. Hoito annetaan suonensisäisenä tiputuksena ja se vaatii sairaalahoidon.

SARS-CoV2-virukseen suoraan tehoavia lääkkeitä on käytössä ollut remdesiviiri, joka annetaan suonensisäisenä tiputuksena useana annoksena. Lääkettä on Suomessa saanut yksittäiset puolustusjärjestelmältään vajavaiset potilaat tai sairaalassa virustartunnan saaneet iäkkäät henkilöt, kun hoito on voitu aloittaa pian tartunnan saamisen jälkeen. Laajempaa käyttöön lääkettä ei ole ollut saatavilla eikä ole ollut tarkoituksenmukaista pyrkiä hankkimaan.

Uudempina ja mahdollisesti laajempaan käyttöön tulossa ovat suun kautta otettavat virukseen kohdentuvat lääkevalmisteet, joista lääketehdas Pfizerin nirmatrelviiriä ja ritonaviiria sisältävä Paxlovid-lääke on saanut hyväksynnän Euroopan lääkevirastolta. Toinen lääkeviranomaisten arvioinnissa oleva lääkeaine on molnupiraviiri (Lagvrio, MSD). Niiden vaikutusmekanismi SARS-CoV2-virukseen on toisistaan poikkeava ja siten erot tehossa ja käytössä ovat mahdollisia. Molnupiraviiri on toimintamekanismiltaan nukleosidianalogi ja sen perusteella on todennäköistä, että sen teho voisi olla enemmän riippuvainen hyvin varhaisesta lääkkeen aloituksesta. Nirmatrelviiri on proteaasinestäjä, jotka joidenkin muiden virusten hoidossa ovat olleet nukleosidianalogeja tehokkaampia. Vähäisten ja alustavien kliinisten tutkimusten perusteella Paxlovid saattaisi olla molnupiraviiria tehokkaampi, mutta ero voi selittyä Paxlovidin varhaisemmalla aloitusajankohdalla sen tutkimuksissa molnupiraviiriin verrattuna. Molempien lääkkeiden tutkimuksissa kohderyhmänä on voittopuolisesti ollut nuorempia henkilöitä, joilla on ollut kohtalainen tai merkittävä lihavuus vaikean sairauden riskitekijänä. Näissä ryhmissä ne ovat estäneet sairauden vaikeutumista sairaalahoitoa vaativaksi. Lääkkeiden tehoa Covid-19-taudin merkittävimmässä riskiryhmässä kuten iäkkäillä tai vaikeita perussairauksia omaavilla ei tiedetä, mutta tehon voisi olettaa olevan jopa suuremman. Paxlovidissa on toisena aineena HIV:n hoidossa käytetty lääkeaine, ritonaviiri, jolla ei ole omaa tehoa SARS-CoV2-virukseen ja, joka on voimakkaimpia muiden elimistön lääkeaineiden ja joidenkin luontaistuotteiden (erityisesti mäkikuisma) elimistöstä poistumista estäviä aineita ja siten muiden lääkeaineiden pitoisuuksia voimakkaasti nostava. Sen käyttö edellyttää työlästä ja perusteellista osaavan lääkärin potilaan muun lääkityksen ja luontaistuotteiden läpikäymistä, potilaan seikkaperäistä muun lääkehoidon ohjeistamista ja potilaan ymmärtämisen varmistamista. Ilman muun lääkityksen läpikäymistä ovat lääkkeen haitat todennäköisesti sen hyötyjä merkittävämmät.

HUS Helsingin yliopistollinen sairaala
Yhtymähallinto
PL 200
Stenbäckinkatu 9, Helsinki
00029 Helsinki
(09) 4711
etunimi.sukunimi@hus.fi
www.hus.fi
Y-tunnus 1567535-0

14.2.2022

Uusien oraalisten lääkkeiden käytön edellytyksen ja merkitys Suomessa

Molempien lääkkeiden käytön edellytyksenä on riittävän varhainen lääkkeen aloitus, joten niiden kohderyhmäksi katsottujen henkilöiden tulisi taudin ensipäivänä päästä testiin ja mielellään jo seuraavana päivänä kyetä lääkehoito aloittamaan. Tämä asettaa huomattavia haasteita testijärjestelmälle, lääkehoidon kohteen olevien potilaiden tunnistamiselle ja tartunnanjäljitykselle. On mahdollista, että sairasvakuutuslakiin tekeillä oleva muutos lisätessään koronavirustestiin hakeutumista tekee näiden lääkkeiden hyödyntämisen mahdottomaksi. Siten lakimuutos saattaa välillisesti lisätä sairaalahoidon tarvetta ja pahimmillaan estää jopa lääkehoidolla estettävissä olevan kuoleman. Tästä asiasta on infektiotautien asiantuntijoiden keskuudessa käyty runsaasti keskustelua parin viime viikon aikana.

Uusien suun kautta annosteltavien Covid-19-lääkkeiden saatavuus tulee olemaan rajallista ja niiden hinta korkea, noin 500 € / lääkekuuri. Yhden hoidosta hyötyvän potilaan ohella tulee vaikean taudin riskiryhmissäkin hoitaa suurempi joukko potilaita, mikä nostaa lääkehoidon kustannuksia ja yhden estetyn sairaalahoidon suorat lääkekustannukset voivat realistisesti olla riskiryhmissäkin 10 000 €, minkä lisäksi tulee huomioida kustannukset testaamisen nopeutuksesta, lääkkeen toimituksesta ja aloituksen arviosta. On siten selvää, ettei lääkityksistä ole koronavirusrokotusten korvaajaksi eikä niitä voida laajamittaisesti tarjota rokottamattomille henkilöille vaikean taudin riskiryhmien ulkopuolella.

Monissa Euroopan maissa lääkehoidon suunnittelu ja arviointi on jo pitkällä. Infektiosairauksien asiantuntijat ovat lähestyneet kirjeellä sosiaali- ja terveysministeriötä ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitosta, että selvitystyö myös Suomessa aloitettaisiin pikaisesti. Kansallisesti määritellyt kriteerit lääkehoidon aloittamisesta tulisi pikaisesti kyetä identifioimaan ja lääkkeellä saavutettu hyöty arvioimaan samoin kuin kunkin lääkityksen kohderyhmän väestöryhmän koko. Näin arvioituna voitaisiin lääkitys ohjata siitä eniten hyötyville kustannustehokkaasti. Arviointia voitaisiin hyödyntää myös saatavilla olevan lääkemäärän kohdentamisessa suurimman riskin/hyödyn potilasryhmiin.

Hoidon piiriin kuuluvat ryhmät tulisi pyrkiä tunnistamaan Suomessa Covid-19-infektion vuoksi sairaalahoitoon joutuneiden tiedoista ja analyysissä tulisi pyrkiä arvioimaan saatujen rokotusten merkitys vaikean taudin riskitasolle. Analyysissä tulisi pyrkiä hyödyntämään THL:n mallinnusryhmää ja jo kerättyä tilastotietoa sekä THL:n määritelmiä vaikean Covid-19-taudin riskiryhmistä. Lääketehtaiden tutkimustieto ei ole avoimesti ollut saatavilla ja lääkityksen tehon arvioinnissa (yhden estetyn sairaalahoidon tarvitsema lääkkeellä hoidettujen potilaiden määrä, ns. NNT-luku) ja suhteuttamisessa hoidon kustannuksiin on esitetty hyödynnettäväksi Fimean arviointiryhmää, vaikka on tiedossa lääkityksen tutkimuksen kohderyhmien heikosti kattavan riskiryhmät.

Markku Mäkijärvi
johtajaylilääkäri

Veli-Matti Ulander
hallinnollinen ylilääkäri

Asko Järvinen
infektioylilääkäri, tartuntataudeista vastaava lääkäri