

TARTUNTATAUTIEN NEUVOTTELUKUNTA

Aika Keskiyö, 18.11.2020 klo 10.30 - 13.30

Paikka STM, Kirkkokatu 14, Iso neuvotteluhuone ja Skype

Läsnä:

| | | | |
|-------------------------------|-----|-------------------------|-----|
| Violainen-Julkunen Anni, pj | (+) | Peltola Ville | (+) |
| Anttila Veli-Jukka, asiat 1-5 | (+) | Puhto Teija, asiat 1-5 | (+) |
| Ekholm Sari | (+) | Puumalainen Taneli | (+) |
| Hielm Sebastian | (-) | Pöllänen Riitta | (+) |
| Järvinen Asko, | (+) | Rahkonen Marko | (+) |
| Kantele Anu, asiat 4- | (+) | Rantakokko-Jalava Kaisu | (+) |
| Koivula Irma | (+) | Raulo Saara | (+) |
| Kolimaa Maire | (+) | Rintala Esa | (+) |
| Kuoppala Jaana | (+) | Räsänen Sirpa | (+) |
| Lampinen Olli | (+) | Salminen Mika | (+) |
| Lehtonen Olli-Pekka, asiat 4- | (+) | Saxen Harri | (+) |
| Nuorti Pekka, asiat 4(?) | (+) | Syrjänen Jaana | (+) |
| Nystedt Johanna | (+) | Tulokas Pekka | (-) |
| Paakkola Katja | (+) | Valtonen Kirsi | (+) |
| Paunio Mikko | (+) | | |

Sihteerit: Emmi Sarvikivi, Saara Salmenlinna ja teknisenä sihteerinä Janina Havia

Asiantuntijat:

THL: Hanna Nohynek ja Outi Lyytikäinen, asiat 1-5

STM: Liisa Katajamäki, asia 5

1. Kokouksen avaus, läsnäolijat ja sidonnaisuudet

Pj avasi kokouksen klo 10.34. Joitakin sidonnaisuusilmoituksia puuttuu vielä. Tarvittaessa tietyn asian kohdalla ilmoitetaan esteellisyys.

2. Kokouksen asialista

Asialista hyväksyttiin. Kohtia 4 ja 5 käsiteltiin osin päällekkäin.

3. **Edellisen kokouksen pöytäkirja liitteineen**
Edellisen kokouksen pöytäkirja hyväksyttiin (liite 1).

4. **Ajankohtaista tartuntataudeista ja rokottamisesta**

Covid-19 pandemiaa ja rokottamista käsiteltiin asiakohdassa 5.

Hanna Nohynek esitti ajankohtaista rokottamisesta (liite 2). Mediassa ja kentällä on otettu esiin pula influenssarokotteista. Valtakunnalliseen rokotusrekisteriin on ilmoitettu annetuksi vasta 276 000 annosta ja niitä on hankittu noin 1,8 miljoonaa, joista reilut 100 000 nenäsumutteena lapsille annosteltavaa LAIV-rokotetta. Influenssarokotteita pitäisi siis olla vielä kentällä, mutta saattavat olla alueellisiin tarpeisiin nähden väärissä paikoissa. Joka vuosi on jäänyt käyttämättä 200-300 000 annosta. Nähtäväksi jää riittääkö tämä määrä paikkaamaan tänä vuonna lisääntyneitä kysyntää. Suomeen ei tulla saamaan lisää rokotetta. THL:lta on lähdessä kirje rokotusyhdyshenkilöille, jossa kehoitetaan varaamaan riittävästi influenssarokotteita vakavalle taudille alttiille henkilöille.

HPV-rokotuksia vastaan on alkanut negatiivisessa sävyssä haittakampanja, johon THL:n on toivottu vastaavan.

KRAR esittää TBE rokotusohjelman laajennusta kolmelle alueelle: Helsingin Roihuvuori, Kirkkonummen Luoma ja Sipoon saaristo.

5. **Ajankohtaista COVID-19 tilanteesta**

a) **epideminen tilannekatsaus ja tartuntatilanteet**

Taneli Puumalainen esitti tilannekatsauksen Covid-19 pandemiasta (liite 3). Pohjoisella pallonpuoliskolla on varsin hankala tilanne. Ruotsin tilanne on hankaloitunut selvästi. Noin 20 % Tukholman alueen näytteistä on positiivisia. Ilmaantuvuus voi siellä olla korkeampi kuin raportoitu 500. Monissa Keski-Euroopan maissa yhteiskuntia on käytännössä suljettu (lock down). Esim. Itävallassa on ollut ulkonaliikkumiskielto ympäri vuorokauden välttämättömästä asiointia lukuun ottamatta. Tiukkojen rajoitusten ansiosta tilanne on saatu tasaantumaan Belgiassa. Monissa Euroopan maissa on todettu huomattavaa ylikuolleisuutta keväällä.

ECDC:n 14 vrk:n alueellisen ilmaantuvuuden kartassa Suomen tilanne on tällä hetkellä parempi kuin muualla Euroopassa. Tämä on herättänyt kiinnostusta Suomen ulkopuolella. Seurantatietoja kerätään ja raportteja päivitetään jatkuvasti, osaa päivittäin, osaa viikoittain. 20 000 tapauksen raja on juuri rikkoutumassa. Vaikka tapausmäärissä on ollut hienoista nousua parin viikon ajan, R-arvo (0,85-1,1) on ollut laskusuunnassa 3 viikkoa peräkkäin. Kuolemantapausten jakauma on sama kuin aiemmin, kuolleista suuri osa on hyvin ikääntyneitä. Tapausmäärissä on päiväkohtaista vaihtelua tutkimukseen hakeutumisen ja raportoinnin viiveiden vuoksi. Positiivisten näytteiden osuus on ollut 1,5-1,8 % viimeiset pari viikkoa. Nuorten aikuisten osuus tapauksista on jkv laskenut. Sairaalahoidon tarve on lähtenyt maltilliseen nousuun. Jää nähtäväksi lisääntykö tehohoidon tarve viiveellä, tapausten ikäjakauma vaikuttaa tähän. Alueilla tautiryppäiden synty ja niiden onnistunut sammuttaminen aiheuttavat nopeaa vaihtelua ilmaantuvuudessa. HUSin alueella ei ole niin paljon vaihtelua moninaisten tartuntaketjujen vuoksi. Pääkaupunkiseudulla ja Turun seudulla on todettu tautiryppäitä ryhmillä, joilla on muu kuin suomi tai ruotsi äidinkielenä.

Noin puolessa tapauksista tiedetään tartuntapaikka tai -tilanne. Näistä 30-50 % on sairastunut karanteenissa ollessaan. Altistuneet on siis tavoitettu kohtuullisen hyvin. Ulkomailta peräisin olevien tartuntojen määrä on noussut, nyt noin 10 %. Mm. Venäjän rajanylityspaikalla on todettu tartuntoja. Yleisesti kuitenkin on laaja kirjo alkuperämaita ja tilanteita. Kotimaisista tartunnoista suurin osa tapahtuu samassa taloudessa. Ravitsemusliikkeiden osuus on saatu pieneksi. Esiin ei nouse yhtä yksittäistä tilaa, johon voisi kohdistaa torjuntatoimia. Kuusi sairaanhoitopiiriä on kiihtymisvaiheessa ja 14 perustasolla. Pk-seutu on hyvin lähellä leviämisvaihetta. Yksittäisiä kaupunkeja voi myös olla tulossa leviämisvaiheeseen.

Keskustelussa tuotiin esiin hyviä käytäntöjä ryppäiden sammuttamiseksi: Turussa tarjotaan testausta lähellä asuinpaikkoja, ettei tarvitse matkustaa. Kokonaisia koululuokkia on testattu harkiten, positiivisella testituloksella on ollut informaatioarvoa kannustamaan perheitä pysymään karanteenissa. On viestitty ryhmien äidinkielellä sekä neuvoteltu ja saavutettu näin yhteisymmärrys esim. kokoontumisrajoituksiin. Lähipoliisitoimintaa on hyödynnetty. Etäopetus on parantanut tilannetta ammattioppilaitoksissa. Helsingissä aloitetaan jalkautuva näytteenotto.

Yksityiskohtaisempaa tietoa kaivataan siitä, minkälaisen altistuksen yhteydessä karanteeniin asetetut ovat saaneet tartuntoja. Jatkossa Helsingin kaupungin SAI-hankkeesta odotetaan tähän tietoa. Tuntuma on, että lähipiirin karanteeni on merkittävin tartuntojen kannalta, työpaikoilta vain muutamia prosentteja, terveydenhuollossa alle 2 %. Koulualtistumisten seurauksena tulleita tartuntoja todetaan erittäin vähän, noin 1 %:lla altistuneista ja tartunnat ovat peräisin usein lopulta koulun ulkopuolelta, esim. kaveripiiristä. Varhaiskasvatus- ja alakouluikäisten tartunnoissa karanteenikäytäntöihin on suunniteltu lievennystä, siten että yksittäiset tartunnat lapsilla eivät enää johtaisi laajaan karanteeniin. Asia etenee hitaasti, koska ensin on ohjeistettava työsuojelunäkökulmaa ja viestintä suunniteltava tarkoin.

Kunnan tai shp:n tartuntataudeista vastaavalla lääkärillä on lakiin perustuva mahdollisuus ja velvollisuus käyttää kokonaisharkintaa altistuneen terveydenhuollon työntekijän karanteenin suhteen. Riskinarvioinnin tuloksena voi joskus olla parempi vaihtoehto pitää työntekijä töissä asianmukaisesti suojautuneena. Työnantajalla ei ole roolia karanteeniin asettamisessa.

b) Hallituksen esitys tartuntatautilain muuttamiseksi

1. Rajaturvallisuus lausuttavana 23.11.2020 mennessä

Pj kertoi STM:n ohjauskirjeestä 17.11.2020, jossa kuntia ja shp:ia ohjeistetaan varautumaan rajanylityspaikkojen mahdolliseen sisäraajatarkastusten päättymiseen. Varautumisen tavoitteena on, että koronavirustartunnat eivät pääsisi leviämään rajanylitykseen liittyen. Varautuminen koskee erityisesti niitä kuntia ja alueita, joilla on maaraja tai ulkomaanliikenteen satama tai lentokenttä. Kuntia ja shp:ia kehoitetaan suunnittelemaan miten huolehditaan turvallisesta rajanylityksestä kun rajavalvonta lakkaa. Suunnitelmat voi tehdä esim. alueellisissa yhteistyöryhmissä, ne raportoidaan THL:lle ja niiden pohjalta päätöksiä tekevät toimivaltaiset viranomaiset.

Liisa Katajamäki alusti hallituksen esityksestä rajaturvallisuudesta. HE on lausuntokierroksella 23.11.2020 asti. Alun perin esityksessä oli perustuslakiin liittyviä ongelmakohtia. Nyt valmistelu on siirtynyt STM:lle ja tartuntatautilain muutos on tarkoitus antaa eduskunnalle 3.12.2020. Perustuslakivaliokunta käsittelee sen myös.

Tartuntatautilakiin ehdotetaan lisättäväksi väliaikaisia säädöksiä Suomeen saapuvien henkilöiden karanteenista kun sisärajavaltvonta poistuu. Pykälä 60a olisi uusi karanteeniin määräämisperuste: Enintään 10 vrk:n karanteeni voidaan asettaa henkilölle, joka saapuu maasta, jossa viimeisen 14 vrk:n aikana Covid-19 taudin ilmaantuvuus on kaksinkertainen

Suomen ilmaantuvuuteen verrattuna ja väestössä tartuttavien osuus on vähintään 1/1000. Lisäksi henkilön Suomeen saapuminen muodostaisi merkittävän riskin taudin leviämiseksi. Alueet ja maat säädettäisiin VN:n asetuksella THL:ta kuullen. Asetus olisi voimassa enintään 1 kk kerrallaan. THL arvioisi säännöllisesti muutetaanko maaluetteloita. Karanteeniin ei määrättäisi, jos henkilöllä olisi todistus sairastetusta taudista tai saadusta rokotuksesta. Karanteeniin määrittämisessä huomioitaisiin myös tuore negatiivinen testitulokset ja Suomessa oleskelun kesto. Ei karanteenia, jos 1) max. 3 vrk oleskelu Suomessa ja negatiivinen testitulokset max. 48 h ennen matkaa tai testi Suomessa maahantulon yhteydessä, tai 2) 4-6 vrk oleskelu Suomessa ja negatiivinen testitulokset max. 48 h ennen matkaa ja testaus maahantulon yhteydessä.

Pykälässä 60 b määritettäisiin henkilöryhmät, joille karanteenia ei asetettaisi (työssäkäynti tai opiskelu rajayhteisöalueella, lähiomaisen tapaaminen, kuljetus- ja logistiikka-alan tai terveyttä uhkaavan vaaran torjunnan vuoksi työtehtäviin tulevat).

Pykälässä 60 c säädettäisiin virka-avusta (pv, tullit, poliisi, raja) ja mm. oikeudesta kysyä todistuksia, kieltää henkilön/kulkuneuvon poistuminen kunnes karanteenipäätös on tehty. Kyse olisi salassa pidettävistä tiedoista.

Nykyiseen 60 pykälään lisättäisiin 3. momentti: Covid-19 taudin osalta karanteenin enimmäispituus olisi 10 vrk.

Keskustelussa todettiin, että kyse on vaikeasta kokonaisuudesta. On tarpeen tarkistaa onko säädös tartunnantorjunnan näkökulmasta looginen ja estääkö todella tartuntoja. Ennakkotestauksella, aikaisintaan 48 h ennen maahan tuloa, pyritään vähentämään riskiä juuri sairastuvien saapumisesta. Tavallinen matkailija ei ole suuri riski tai ainakin riski on tunnistettavissa. Isompi riski on Suomessa asuvilla ja kyläilymatkalla olevilla maahantulijoilla, jotka jäisivät tämän säädöksen ulkopuolelle. Matkustuksen riskejä ylipäättään on ylikorostettu julkisessa keskustelussa. Oireettomien testaus ei ole tehokasta. Tulos kertoo vain sen hetkisen tilanteen ja voi luoda väärän turvallisuuden tunteen.

Terveystarkastukset rajalla vaativat paljon henkilöresursseja, joka on pois muusta terveydenhuollon toiminnasta. Turussa vastaavaa toimintaa on jo kokeiltu Balkanin lentojen yhteydessä ja todettu raskaaksi. Pistokoeluontoinen tarkastus voisi toimia. Eri kielillä olevien testautodistusten luotettavuus on vaikea todeta. Tiedonsiirto koituisi ongelmaksi ja kuormittaisi tartunnan jäljittäjiä. Tietojen tallentaminen etukäteen järjestelmään voisi olla hallittavissa.

HE:sta toivotaan palautetta lausunnoissa. Myös julkisessa keskustelussa olisi hyvä tuoda esiin, että nollariskiä ei saavuteta, mutta hyviä käytäntöjä ja ratkaisuehdotuksia riskien hallitsemiseksi olisi hyvä tuoda esiin.

2. Muut asiat (rajaturvallisuus ja ravintolat) jatkovalmistelussa

Pj kertoi, että valmistelu tartuntatautilain pykälästä 58 jatkuu. TTNK:n edellisen kokouksen jälkeen perusteluja on täydennetty ja lakitekstiä karsittu. Esitys on lähdössä eduskuntaan joulukuussa. Pykälät 58 c-58 g ovat portaittaisia ja ne voidaan ottaa käyttöön hybridistrategian toimintasuunnitelman tasojen mukaisesti. Viimesijaisena keinona leviämisvaiheessa kunnan toimielin voisi ennakoivasti sulkea pykälän 58 g mukaiset tilat enintään 2 viikon ajaksi. Pykälän 58 g listaa on karsittu, jotta rajoitukset olisivat tarkkarajaisia, täsmällisiä ja lääketieteellisesti perusteltuja. Jos toiminta on useamman kuin yhden kunnan alueella, päätösvaltainen viranomaisena on AVI.

Keskustelussa todettiin, että nykyinen versio on parempi kuin edellinen. Tekstissä huomioidaan nyt, että rajoituksia ei tehdä liian kevein perustein. Tarkkaa ilmaantuvuuskriteeriä pidettiin hankalana. Esitettiin suhteellista kriteeriä, esim. kaksinkertaistunut tiettyssä aikayksikössä. Toisaalta matalahkoa alarajaa pidettiin toimenpiteitä mahdollistavana.

c) **Rokottamisstrategian valmistelusta**

Hanna Nohynek esitti tuloksia koronarokotetutkimuksista ja KRARin ehdotusta koronarokottamisen priorisoinnista (liite 4). Koronarokotetutkimuksia tehdään yhteensä 260 aihioilla, joista 56 on edennyt usealla mantereella tehtäviin kliinisiin tutkimuksiin. Toistaiseksi tutkitaan miten hyvin rokote estää laboratoriovahvistettua (vakavaa) tautia. Marraskuussa on saatu ensimmäisiä tuloksia. BioNtech/Pfizer rokotteen tehoksi ilmoitettiin 90 %. Tehoa ikäihmisillä ja riskiryhmissä ei vielä tunneta. Vakavia, harvinaisia haittavaikutuksia ei todettu. Neutraloivia vasta-aineita syntyi hyvin myös iäkkäillä. Kliiniset tiedot ovat lähdössä FDA:lle myyntilupakäsittelyyn. Modernan rokotteen tehoksi ilmoitettiin 94,5 %. Mukana oli myös 95 vakavaa tapaus ja etnisiä ryhmiä. 15/95 vakavasta tapauksesta oli yli 65-vuotiaita. Tehoa eri riski- ja ikäryhmissä ei vielä tunneta. Turvallisuus todettiin hyväksi. Kliiniset tiedot ovat lähdössä lääkeviranomaisille pian. Kriteerit myyntiluvulle eroavat Pohjois-Amerikassa ja Euroopassa. FDA vaatii vähintään 50 % tehon, EMA ei ole asettanut ennalta tehon alarajaa vaan jokaista rokotetta tarkastellaan erikseen.

KRAR on ottanut kantaa rokotehankintoihin jo aiemmin (ks. syksyn 2020 aiemmat pöytäkirjat). Kaikille, jotka haluavat tarjotaan rokotetta (arviolta 80 % väestöstä). KRAR:in ehdotus rokottamisjärjestyksestä julkaistiin 18.11.2020: 1) koronapotilaita hoitava terveydenhuollon henkilöstö ja vanhusten hoivakotien henkilökunta, 2) ikääntyneet ja 3) vakavalle koronavirustaudille altistavia (pitkäaikais)sairauksia sairastavat.

Suomi voi hankkia EU komission hankintaneuvottelujen mukaisesti ainakin kuutta eri rokotetta. EU-maat saavat niitä väestömäärän suhteessa. Suomen osuus EU-väestöstä on 1,23 %. Käytännössä rokotteita saadaan erissä, siksi priorisoidaan järjestystä. Rokottamisella pyritään estämään kuolemia, elinvuosien menetyksiä ja vakavaa tautia sekä huolehtimaan terveydenhuollon kantokyvystä. WHO SAGE on linjannut arvokehikon kansallisille priorisoinneille. Priorisointijärjestyksiä tehdään parhaillaan eri maissa. Esim. Britanniassa priorisoidaan ikääntyneitä ja heitä hoitavia, koska on helpompi päästä korkeaan kattavuuteen iän perusteella kuin diagnoosien perusteella. Kanada ottaa huomioon eettiset periaatteet. Rokottamisen käytännön toteuttamisessa on haasteita, mm. kylmäketjun (-70 °C) ylläpito ensimmäisen mRNA-rokotteen osalta, rokottajien riittävyys, näyttöpohjainen viestintä, haittojen ja vaikuttavuuden seuranta.

Ville Peltola totesi, että nyt on ehdotettu yleisen tason linjaukset. Seuraavaksi jatketaan käytännön tasolle, esim. ensivaiheen rokottamiseen oikeuttavien pitkäaikaissairauksien määrittäminen. Ensisijassa tähdätään vakavien tautien ja kuolemien ehkäisyyn sekä terveydenhuollon toimintakykyyn.

Sari Ekholm totesi, että olemme sopimuksissa taloudellisesti sitoutuneet hankkimaan kolmea eri rokotetta. Lisäksi yhdelle on osto-oikeus sopimus, josta on ilmoitettava myöhemmin otetaanko vai ei. KRAR:in ehdotus tulee seuraavaksi THL:n esityksenä STM:n käsittelyyn ja TTNK:n lausunnon. Myyntilupaehtoien jälkeen voidaan tehdä tarkempaa hienosäätöä rokottamisen suunnittelussa. Käyttöönotto tehdään jokaisen rokotteen osalta erikseen.

Keskustelussa pohdittiin rokotteiden jakamista osin alueellisten erojen perusteella. Ilmaantuvuuseroja on, mutta ne voivat vaihdella nopeasti. Matalamman ilmaantuvuuden alueilla tartuntaketjuja on saatu helpommin katkaistua. Lisäksi pohdittiin voisiko vakavan taudin ehkäisyyn lisäksi tavoitteena olla myös tartunnan leviämisen estäminen väestötasolla. Tällöin rokotettaisiin eri ryhmiä kuin yksilöstrategiassa. Toistaiseksi ei kuitenkaan tiedetä miten hyvin rokotteet estävät

transmissiota. Rajoitustoimia ei voida lieventää rokotuksiin vedoten pitkään aikaan. Väestön immuniteetista ei ole tietoa. Rokottamisen kohteeksi iäkkäiden ja riskiryhmien jälkeen voidaan esittää myös tiettyjä avainammattiryhmiä.

TTNK kannattaa KRAR:in ehdotusta, jossa koronarokotuksilla pyritään ensisijaisesti estämään koronaviruksen aiheuttamaa tautitaakkaa eli vakavia tautitapauksia, ennenaikaisia kuolemia ja elinvuosien menetystä sekä ylläpitämään terveydenhuollon kantokykyä. TTNK käsittelee koronarokottamista sitä mukaa kun tieto rokotteista lisääntyy.

6. Pandemiajaoksen nimittäminen

Pandemiajaoksen puheenjohtajaksi nimettiin Paula Tiittala. Varapuheenjohtaja nimetään seuraavassa kokouksessa. Alustavasti pandemiajaoseen nimettiin henkilöitä erikoissairaanhoidosta, perusterveydenhuollosta, yliopistoista, Etelä-Suomen AVIsta, sisäministeriöstä, Työterveyslaitoksesta, STM:stä, Fimeasta, Huoltovarmuuskeskuksesta, laboratorioista, THL:sta, Ruokavirastosta ja STM:sta (nimet alla). Osa edustajista on vielä nimeämättä. Tarvittaessa jaostoa voi täydentää myöhemmin ja se voi kuulla asiantuntijoita.

Ehdotettuja tähän mennessä: Janne Laine, Marko Rahkonen, Katri Backman, Jutta Peltoniemi, Pekka Nuorti, Tarja Sironen, Kristiina Poikajärvi, Olli Lampinen, Erja Mäkelä, Heikki Frilander, Fimeasta yksi tai kaksi henkilöä, Riku Juhola, Tapio Seiskari, Hannu Kiviranta ja/tai Jari Jalava, Tuija Leino ja/tai Hanna Nohynek, Mirka-Tuulia Kuoksa, Sari Vuorinen, Leena Salonen, Krista Lyyra, Kirsi Kaikko, Terhi Laaksonen.

7. Muut mahdolliset asiat

Mikko Paunio totesi, että Britanniassa on huomioitu D-vitamiinilinjaus koronataudin ehkäisyssä.

Saara Raulo kertoi, että 10 % Suomen minkkitarhoista seulotaan koronan varalta. Toistaiseksi ei ole löytynyt tartunnan saaneita eläimiä. Tartunnan saaneet minkit lopetetaan, mutta lakipohjaa tähän ei ole eikä ole linjattu, kuinka laajasti se tehtäisiin. Kyseessä on uusi eläintauti ja tartunta tilan tuotantoeläimessä ilmoitetaan myös kunnan tartuntataudeista vastaavalle lääkäriin. ECDC:n mukaan minkkien infektiot eivät ole iso riski ihmisille, mutta Suomessakin laaja leviäminen tuotantoeläimissä voisi vaikuttaa ihmisten tartuntoihin alueellisesti. Virus mutatoituu jatkuvasti, mutta suhteellisen hitaasti eikä uusista mutaatioista ole tällä hetkellä syytä huolestua.

8. Seuraava kokous

Seuraava kokous on joulukuussa.

9. Kokouksen päättäminen

Pj päätti kokouksen klo 13.34.

Vakuudeksi,



Anni Virolainen-Julkunen
puheenjohtaja



Saara Salmenlinna
sihteeri

