

Muistiolounnos 1.4.2021

Valtioneuvoston asetus vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta ja väliaikaisesta muuttamisesta

Tausta

Covid-19-tautia aiheuttava SARS-CoV-2 -virus on ihmiselle uusi taudinaiheuttaja, minkä vuoksi väestöllä ei ole sille aiempien tartuntojen tuomaa spesifiä immunologista vastustuskykyä. Tauti on levinnyt joka puolelle maailmaa. Maailman terveysjärjestö WHO julisti uuden koronaviruksen kansainväliseksi kansanterveysuhaksi (Public Health Emergency of International Concern PHEIC) 30.1.2020, ja viruksen aiheuttaman epidemian pandemiaksi 11.3.2020.

SARS-CoV-2 -virus on osalla tartunnan saaneista herkästi eteenpäin tarttuva ja aiheuttaa melko pienelle osalle väestöstä huomattavan vakavan taudinkuvan, joka voi pahimmillaan johtaa kuolemaan. Ikä on merkittävin vakavan koronavirustaudin riskitekijä. Riskiin vaikuttavat lisäksi tietyt taustasairaudet, joita sairastavilla on muuta väestöä suurempi riski saada vakava koronavirustauti, joutua sairaala- ja tehohoitoon tai menehtyä tautiin. Riskien suuruutta on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksessa (THL) tutkittu kansallisia terveysrekistereitä yhdistämällä. Esimerkiksi sairaalahoitoon päättymisen riski koronavirustartunnan seurauksena on 40–49-vuotiailla kolmannes ja 50–59-vuotiailla puolet 60–69-vuotiaiden riskistä. Jos taustasairauksien lukumäärä otetaan huomioon, sairaalaan joutumisen ikäperustaiset erot pienenevät entisestään: 30–39-vuotiailla riski joutua sairaalahoitoon on kolmannes, 40–49-vuotiailla vajaa puolet ja 50–59-vuotiailla riski on 75% siitä, mitä se on 60–69-vuotiailla. Myös kuolinriskien erot ovat merkittävät eri-ikäisillä, mutta kaikkien suurin kuolinriski on yli 70-vuotiailla.

Iän lisäksi tietyt taustasairaudet lisäävät vakavan covid-19-taudin riskiä. Esimerkiksi astmaa sairastavalla suomalaisella on noin 3-kertainen riski saada vakava koronavirustauti ja päätyä sairaalahoitoon verrattuna tartunnan saaneeseen henkilöön, jolla ei ole astmaa. Kun eri alueilla verrataan astmapotilaan riskiä saada koronavirustartunta, se on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella noin 10 kertainen verrattuna esimerkiksi Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella asuvaan astmaattikkoon. HUS alueella asuvan astmaattikon riski joutua sairaalaan koronavirustaudin vuoksi on siis 30-kertainen verrattuna Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella asuvan astmaa sairastamattoman samanikäisen henkilön riskiin.

Suomessa Covid-19 -epidemia on pidemmällä tarkastelujaksolla painottunut eniten Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin, tosin alkuvuodesta 2021 ilmaantuvuus on noussut nopeasti myös Varsinais-Suomen, Päijät-Hämeen, Etelä-Karjalan ja Pirkanmaan sairaanhoitopiireissä. Epidemian kuluessa useissa sairaanhoitopiireissä on nähty joitakin viikkoja kestäneitä epidemian pahenemisvaiheita, joita on kuitenkin hallittu paikallisilla toimenpiteillä. Kuntakohtainen vaihtelu ilmaantuvuudessa on sairaanhoitopiirikohtaista suurempaa ja myös kuntien alueen sisällä, esimerkiksi pääkaupunkiseudulla on havaittu tartuntojen painottumista joillekin asuinalueille. Kuntakohtaisesti epidemiatilanne on maaliskuussa 2021 selvästi vaikein Helsingissä, Espoossa, Vantaalla, Kauniaisissa ja Turussa.

Sairaalahoidon tarve noudattaa pääsääntöisesti taudin ilmaantuvuutta, mutta myös alueiden väestön ikäkauma ja riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden määrä vaikuttavat sairaalahoidon kuormitukseen. Rokotejakelu huomio tällä hetkellä kuntakohtaiset erot ikääntyneiden ja vakavalle taudille alttiiden henkilöiden määrissä, mutta ei kunnan tai alueen epidemiatilannetta.

Valtioneuvoston periaatepäätös 10.12.2020 Suomen covid-19-rokotestrategiasta

Valtioneuvoston periaatepäätöksessä 10.12.2020 todetaan mm., että pandemian varautumissuunnitelman mukaan Suomen väestö suojataan rokottamalla, kun tehokas ja turvallinen rokote on saatavilla. Rokottamisella pyritään vähentämään tautitaakkaa, estämään kuolemia ja eliniän menetystä sekä turvaamaan terveydenhuollon kantokykyä.

Suomen tavoite on, että koko väestö suojataan, kun myyntiluvallinen rokote on saatavilla. Rokotukset pyritään aloittamaan mahdollisimman pikaisesti. Rokotteita tarjotaan maksutta kaikille, jotka niitä haluavat. Rokotusten käytännön järjestelyissä on varauduttava siihen, ettei koronarokotetta saada samanaikaisesti kaikille. Koronarokotusta tarjotaan lääketieteellisen riskiarvion perusteella. Alkuvaiheessa rokotetta tarjotaan seuraaville ryhmille:

- koronapotilaita hoitava sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö sekä hoivakotien henkilöstö
- ikääntyneet henkilöt
- henkilöt, joilla on vakavalle koronavirustaudille altistavia sairauksia.

Covid-19-rokotukset

Valtioneuvoston asetus vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista (1105/2020) tuli voimaan 23.12.2020 ja rokotaminen aloitettiin pian asetuksen voimaantulon jälkeen 27.12.2020. Suomessa on 1.4.2021 mennessä rokotettu yhteensä yli 920 000 henkilöä. Rokotuskattavuus on korkein vanhimmissa ikäluokissa.

THL ohjeistaa sairaanhoitopiirien lääkejakelukeskuksia ja ohjaa rokote-erien toimitusta, säilytystä ja kuljetusta. THL jakaa covid-19-rokotteet sairaanhoitopiirien kautta kunnallisen terveydenhuollon käyttöön ottaen huomioon valtioneuvoston asetuksessa vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista (1105/2020) 2 §:ssä määritellyn rokotusjärjestyksen mukaisen rokotusten kulloisenkin kohderyhmän koon. Sairaanhoitopiirit ovat koordinoineet alueellista rokotejakelua siten, että rokotejakelu kuntiin toteutuu kohderyhmään kuuluvien henkilöiden määrän mukaan tasapuolisesti. Rokotusten alkuvaiheessa jakelu on toteutettu covid-19-potilaita hoitavien sote-henkilöstön sekä hoivakotien asukkaiden ja henkilöstön kuntakohtaisen määrän mukaisesti. Rokotusohjelman edetessä rokotejakelu on toteutettu rokotusvuorossa olevien ikääntyneiden henkilöiden määrän, ja jatkossa lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvien henkilöiden määrän mukaisesti. Biontech-Pfizerin koronarokoteen erityiskylmäolosuhteissa tapahtuvasta kuljetuksesta ja säilytyksestä johtuen rokotejakelussa sairaanhoitopiireihin ja kuntiin on viikkotasolla eroja, jotka kuitenkin tasoittuvat useamman viikon tarkastelujaksolla. Rokotusten järjestäminen on tartuntatautilain (1227/2016) 45 §:n mukaisesti kuntien vastuulla.

Koronarokotteita toimitetaan valmistajalta Suomeen kahdella tavalla. Biontech-Pfizer jakelee rokotteet suoraan 23 sairaala-apteekkiin ja lääkekeskukseen, joissa on -70 asteen syväjäähävarastointi. Pfizerin EU-maita koskevasta valmistus- ja kuljetuslogistiikasta johtuen, tulee toimituspaikkojen rokotemäärät ilmoittaa vähintään kolme viikkoa ennen toimituksia. Astra Zenecan ja Modernan rokotteet tulevat ensi THL:n sopimustukukaupan keskusvarastoon, josta ne jaellaan noin 60 sairaala-apteekkiin ja lääkekeskukseen. Näiden rokotteiden toimitusten muuttaminen on joustavampaa ja aluejako voidaan muuttaa nopeammin, huomioiden kuitenkin rokotetuille kunnissa jo annetut rokotusajat sekä ensimmäiseen että toiseen rokotusannokseen. Kuntien rokotusten sujuvan toteuttamisen varmistamiseksi tulevien rokotemäärien tulisi olla tiedossa mahdollisimman aikaisin. Sairaala-apteekeille ja lääkekeskuksille ilmoitetaan tulevat rokotemäärät useita viikkoja etukäteen. Kunnat varaavat näiden tietojen perusteella henkilöstöressurssin ja varaavat rokotusaikoja. Muutokset jo ilmoitettuihin rokotusmääriin todennäköisesti johtaisivat jo varattujen aikojen perumiseen niissä kunnissa, joilta rokotteita mahdollisesti vähennettäisiin.

THL:n arvion mukaan 15.4.–31.5.2021 välisenä aikana Suomeen toimitetaan yhteensä noin 2 miljoonaa annosta covid-19 rokotteita. Suomeen tulevien rokotemäärien odotetaan nousevan viimeistään huhtikuun alussa nykyisestä noin 125 000 annoksesta viikossa noin 200 000 annokseen viikossa. Touko-kesäkuun aikana rokotemäärien odotetaan olevan jo noin 400 000 rokoteannosta viikossa. Kaikkien 70 vuotta täyttäneiden arvioidaan saaneen mahdollisuuden yhden rokoteannoksen ottamiseen huhtikuun puoleen väliin mennessä ja lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvien noin 3-4 viikkoa myöhemmin. Muun väestön, eli kaikkien 16 vuotta täyttäneiden arvioidaan saavan halutessaan ensimmäisen rokoteannoksen kesä-heinäkuun vaihteeseen mennessä.

Rokotteiden alueellinen kohdentaminen

Voimassa olevassa asetuksessa säädetty ainoa jakoperuste on asetuksen 2 §:ssä säädetty rokotusjärjestys. Säännöksen mukaan rokotukset annetaan eri väestöryhmille seuraavassa järjestyksessä:

- 1) covid-19-tautiin sairastuneiden tai perustellusti sairastuneeksi epäiltyjen henkilöiden tutkimiseen, välittömään hoitoon tai huolenpitoon liittyvä tai muuta kiireellistä hoitoa antava sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstö sekä sosiaalihuollon iäkkäille henkilöille tarkoitetun asumispalvelun ja laitoshoidon toimintayksikön henkilöstö ja asukkaat;
- 2) 70 vuotta täyttäneet ja vanhemmat henkilöt;
- 3) henkilöt, joilla on vakavalle covid-19-taudille altistavia sairauksia;
- 4) muut kuin 1–3 kohdassa tarkoitetut henkilöt.

Covid-19-rokotteiden jakelun painottaminen muuhun kuin väestömäärään pohjautuen edellyttää asetuksen muuttamista. Voimassa olevassa asetuksessa ei säädetä rokotusten alueellisesta kohdentamisesta eikä muistaakaan perusteista, joiden mukaan rokotteiden jakamisen painottaminen muutoin kuin asetuksessa säädetyn rokottamisjärjestyksen mukaan olisi mahdollista. Kohdentamalla rokotteita korkean ilmaantuvuuden alueille voidaan vähentää sairaala- ja tehohoidon tarvetta ja turvata terveydenhuollon kantokyky näillä alueilla, jolloin pystytään suojaamaan väestön oikeutta elämään, terveyteen ja riittäviin terveydenhuollon palveluihin vaarantamatta kuitenkaan muiden alueiden väestön rokottamista.

Yhdenvertaisuus

Alueiden epidemiatilanteiden erot on huomioitava myös alueiden yhdenvertaisuuden näkökulmasta. Yhdenvertaisuusvaltuutettu totesi lausunnossaan, että yhdenvertaisuusperiaate ei sinänsä estä rokotusten tai muiden terveydenhoidon toimenpiteiden kohdentamista silloin kun kohdentaminen tasoittaa pandemian ihmisten terveydelle aiheuttamia riskejä.

Nämä riskit voivat liittyä esimerkiksi viruksen eri ikäisille tai eri tauteja sairastaville henkilöille aiheuttamiin komplikaatioihin, erilaisissa tehtävissä työskentelevien henkilöiden sairastumisriskiin tai viruksen alueellisen esiintymisvaihtelun aiheuttamaan sairastumisriskiin. Esimerkiksi asuinpaikkaan perustuvan erilaisen kohtelun on kuitenkin täytettävä perustuslain ja yhdenvertaisuuslain mukaiset edellytykset ollakseen oikeutettavissa. Jos rokotusten alueellisella kohdentamisella voidaan paremmin suojella väestön terveyttä ja elämää, niin erilainen kohtelu on perusteltua ja yhdenvertaista.

Säännöskohtaiset perustelut

2 §. Käytettävät rokotteet ja rokottamisjärjestys.

Asetuksen 2 §:n 2 momenttia ehdotetaan muutettavaksi. Momentin 4 kohtaa esitetään tarkennettavaksi siten, että rokotukset annettaisiin henkilöille ikäryhmittäin iän mukaan alenevassa rokotusjärjestyksessä siten, että rokotusvuorossa olisivat ensimmäiseksi 60-69-vuotiaat, sen jälkeen 50-59-vuotiaat, 40-49-vuotiaat, 30-39-vuotiaat ja lopuksi 16-29-vuotiaat.

Voimassa olevassa säännöksessä muiden kuin 1 momentin 1–3 kohdassa tarkoitettujen henkilöiden rokotusjärjestystä ei määritellä. Tartuntatautilain 7 §:n mukaan THL tartuntatautien kansallisena asiantuntijalaitoksena ohjaa ja tukee tartuntatautien torjuntatyötä kunnissa. Tällä perusteella THL on täsmentänyt ohjeistuksessaan väestöryhmien tarkempaa määrittelyä alaryhmiin iän, riskitekijöiden, vakavalle taudille alttiuden tai muiden asiaan vaikuttavien tekijöiden perusteella lääketieteellisen näytön ja rokotteiden hyväksytyjen käyttöaiheiden mukaisesti.

Ikä on merkittävin vakavan koronavirustaudin riskitekijä. Riskiin vaikuttavat lisäksi tietyt taustasairaudet, joita sairastavilla on muuta väestöä suurempi riski saada vakava koronavirustauti, joutua sairaala- ja tehohoitoon tai menehtyä tautiin. Riskien suuruutta on THL:ssä tutkittu kansallisia terveysrekistereitä yhdistämällä. Riski laskee iän myötä. Esimerkiksi sairaalahoitoon pääymisen riski koronavirustartunnan seurauksena on 40–49-vuotiailla kolmannes ja 50–59-vuotiailla puolet 60–69-vuotiaiden riskistä. Jos taustasairauksien lukumäärä otetaan huomioon, sairaalaan joutumisen ikäperustaiset erot pienenevät: 30–39-vuotiailla riski joutua sairaalahoitoon on kolmannes, 40–49-vuotiailla vajaa puolet ja 50–59-vuotiailla riski on 75% siitä, mitä se on 60–69-vuotiailla. Myös kuolinriskien erot ovat merkittävät eri-ikäisillä, mutta kaikkein suurin kuolinriski on yli 70-vuotiailla.

Iän lisäksi rokotuspriorisoinnin perustana ovat tällä hetkellä tietyt taustasairaudet. Nämä on luokiteltu kahteen ryhmään ja ensimmäisessä ryhmässä sairaus lisää sairaalahoitoon joutumisen riskiä noin 4–7-kertaiseksi ja toisessa ryhmässä keskimäärin 2–3-kertaiseksi, kun ikä ja sukupuoli otetaan huomioon.

Covid-19-epidemiassa ikäryhmäkohtainen ilmaantuvuus on ollut korkeinta nuorten aikuisten, nuorten ja työikäisen väestön keskuudessa. Rokotusten kohderyhmänä ovat tähän saakka olleet ensisijaisesti ikääntyneet ja lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvat.

Voimassa olevan asetuksen perustelumuistiossa mukaan priorisointisuositusta tulisi tarvittaessa muuttaa sen mukaan missä aikataulussa ja minkälaisia määriä rokotteita maahan saadaan. Rokotusjärjestyksessä voitaisiin tarvittaessa joustaa paikallisten olosuhteiden mukaan, jotta voitaisiin varmistaa sujuva toiminta ja estää rokotehävikki. Esimerkiksi iäkkäät samassa taloudessa asuvat voitaisiin rokottaa yhtä aikaa tarkoista ikärajoista riippumatta, tai järjestyksessä peräkkäin olevien ryhmien rokotuksia voitaisiin toteuttaa limittäin, jos paikallisesti olisi arvioitu sen olevan tarkoituksenmukaista ja rokotushävikkiä vähentävää.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on 31.3.2021 lausunnossaan ehdottanut sosiaali- ja terveysministeriölle, että koronarokotuksia jatkettaisiin sen jälkeen, kun 70 vuotta täyttäneet ja taustasairautensa vuoksi riskiryhmään kuuluvat ovat saaneet rokotuksen, niin, että rokotuksia jatkettaisiin ikäryhmittäin vanhemmista nuorempiin. Rokotukset etenisivät kymmenen ikävuoden jaksoissa siten, että ensimmäisenä rokotettaisiin 60–69-vuotiaat, sitten 50-59-vuotiaat jne. Nuorimpaan ryhmään kuuluisivat 16–29-vuotiaat. Tätä nuorempia ei toistaiseksi rokoteta, sillä koronarokotteiden myyntiluvat on myönnetty vain 16 tai 18 vuotta täyttäneiden rokotamiseen.

Rokotteiden saatavuudessa olleiden ongelmien vuoksi rokotukset ovat edenneet hitaasti ja rokotteiden saatavuudessa on edelleen niukkuutta, jonka vuoksi on tarpeellista täsmentää voimassa olevassa valtioneuvoston asetuksen rokotusjärjestystä. Ikäryhmittelyn lisäämisellä 1 momentin 4 kohtaan varmistetaan rokotusten toteutuminen lääketieteellisen riskinarvion mukaisesti.

2 a §. Rokotteiden alueellinen kohdentaminen.

Voimassa olevan asetuksen 2 §:n lähtökohtana on rokotusten järjestäminen eri väestöryhmille riskiryhmäperusteisesti säädettyssä rokotusjärjestyksessä. Asetukseen ehdotetaan lisättäväksi uusi määräaikaisesti voimassa oleva 2 a § rokotusten alueellisesta kohdentamisesta.

Koronavirusepidemia on koetellut kaikkialla maailmassa eniten tiheästi asuttuja laajoja metropolialueita. Syinä voivat olla esimerkiksi sosioekonomiset tekijät, väestön liikkumisen vahva riippuvuus joukkoliikenteestä, vieraskielisen väestöosan koko ja runsaat kontaktit maan rajojen ulkopuolelle. Yksittäisten kansalaisten kyky tai tahto noudattaa rajoituksia ei selitä eroja alueiden välillä.

Alueellisesti, epidemiatilanteen mukaan painottuva rokotejakelu voi jonkin verran vähentää sairaalahoitajaksoja covid-19-rokotusohjelmaan sovitettuna, mutta on jatkuvana toimintana lähinnä logistisista syistä hankalasti toteutettavissa. Jos rokotteita jaettaisiin alueella huomioiden alueen väestön lukumäärä, edellisten viikkojen tapausmäärä ja edellisten viikkojen erikoissairaanhoidon joutuneiden määrä kukin tekijä yhtä suurella painokertoimella (kolmannes), pystyttäisiin huomiomaan epidemian erilainen vakavuus eri alueilla. Väestömäärän huomioon ottaminen osana jakoperustetta takaisi sen, että kaikki alueet saisivat edelleen rokotteita, huolimatta siitä, onko niillä ollut tapauksia tai sairaalahoitoja edellisten viikkojen aikana.

Kolmiosaisella painotuksella voitaisiin samalla määrällä koronavirusrokotuksia estää enemmän sairaalahoitajaksoja verrattuna väestömäärään perustuvaan rokotteiden jakeluun. Seuraavassa esimerkissä (Kuva 1) oletetaan korkean, keskimääräisen ja matalan ilmaantuvuuden alueiden väestöt maassamme yhtä suuriksi. Kolmiosaisella painotuksella sairaalahoitoja estetään 557 enemmän, jos rokotuksia voidaan aloittaa 100 000 viikossa. Vastaavasti estetään 378 sairaalahoitoa enemmän, jos rokotuksia voidaan aloittaa 150 000 viikossa ja 285 enemmän, jos rokotuksia voidaan aloittaa 200 000 viikossa.

Kuva 1. Sairaalahoitajaksot rokotettujen määrään suhteutettuna

SAIRAALAHOIDOT LKM, tarkasteltavissa ikäryhmissä, kunnes kaikki alueet rokotettu							
Ikäryhmät, joita tarkastellaan		20-29 ... 60-69					
		Uudet rokotettavat					
		100 000 per vko		150 000 per vko		200 000 per vko	
	Ei rokotusta	Painotus	Ei painotusta	Painotus	Ei painotusta	Painotus	Ei painotusta
Korkean ilm. alue	3878	1207	1839	886	1317	728	1056
Keskimääräinen ilm. alue	927	468	440	336	315	270	252
Matalan ilm. alue	253	167	120	118	86	94	69
Yhteensä	5058	1842	2399	1340	1718	1092	1377
Painotuksesta huolimatta korkean ilmaantuvuuden alueen väestöllä edelleen korkein riski.							

Covid-19-epidemiassa ikäryhmäkohtainen ilmaantuvuus on ollut korkeinta nuorten aikuisten, nuorten ja työikäisen väestön keskuudessa. Rokotusten kohderyhmänä ovat tähän saakka olleet ensisijaisesti ikääntyneet ja

lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvat. Rokotejakelun alueellinen painotus edellä esitetyn mukaisesti ei johdaisi lyhyellä aikavälillä tapausmäärien merkittävään laskuun. Vasta väestön rokotuskattavuuden huomattava lisääntyminen myös nuoremmissa ikäryhmissä vaikuttaisi merkittävästi myös tapausmääriin ja epidemian etenemiseen.

Rokotejakelun alueellinen painotus alueille, joilla ilmaantuvuus on yli 100/ 100 000 väestö 14 päivän tarkastelujaksolla tulisi toteuttaa ensisijaisesti käyttäen Astra Zenecan, Modernan ja jatkossa Janssenin covid-19 rokotteita. Näiden rokotteiden arvioitu toimitusmäärä olisi kyseisellä ajanjaksolla yhteensä 980 000 annosta, mistä määrästä on varattava jo aloitettujen rokotussarjojen toisiin annoksiin yhteensä noin 200 000 annosta. Myös näillä rokotteilla toteutettavaan rokottamiseen jo terveydenhuollon toimipisteissä annetut rokotusajat tulisi toteuttaa. Näin ollen alueellisesti erikseen jaettava rokotemäärä olisi enintään 650 000 annosta, mutta voidaan määrittää täsmällisesti vasta kun rokote-erät saapuvat maahan ja saadaan tarkempi tieto siitä, paljonko kustakin rokote-erästä olisi kohdennettavissa alueellisesti. Biontech-Pfizerin covid-19 rokote jaettaisiin kaikille sairaanhoitopiireille aiemman mallin mukaisesti huomioiden kunkin alueen rokotusvuorossa olevan kohderyhmän koon.

Käytännössä mahdollisella alueellisella rokotekajelun painotuksella voitaisiin, päätöksenteon ajankohdasta riippuen, vaikuttaa noin kuukautta myöhempään jakelutilanteeseen. Todennäköisesti jakelun muutokset kohdentuisivat aikaisintaan tilanteeseen, jossa ikääntyneet ovat jo laajasti rokotettu ja lääketieteellisten riskiryhmien rokotukset ovat jo pitkällä. Saapuvia rokote-eriä koskien yksinkertaisinta olisi käyttää mahdolliseen alueelliseen painotukseen Astra Zenecan ja/tai Modernan rokotteita. Nykyisen toimitusaikataulun mukaan kyseeseen tulisi lähinnä viikkojen 14-17 aikana Suomeen saapuvat, arviolta noin 120 000 annosta Astra Zenecan rokotetta ja mahdollisesti noin 30 -50 000 annosta Modernan rokotetta. Päätöksenteossa on kuitenkin huomioitava se, että THL on 24.5.2021 keskeyttänyt Astra Zenecan rokotteen käytön alle 65-vuotiailla kunnes harvinaiset rokotuksen jälkeen ilmoitetut mahdolliset haittavaikutukset on selvitetty. Rokotejakelun ja kuljetuksen erityisjärjestelyistä ja muutoksiin liittyvien viiveiden johdosta Biontech-Pfizerin rokotteen jakelun muuttaminen aina alueellisen tautitaakan mukaan on selvästi vaikeampaa.

Erillinen, alueellisesti painotettu rokotekajelu sairaanhoitopiireihin, joilla ehdotetun asetusmuutoksen voimaantullessa ilmaantuvuus on yli 100/100 000 henkilöä 14 päivän tarkastelujaksolla toteutettaisiin siten, että THL:n tarkoitusta varten identifioima erä rokotteita jaettaisiin siten, että jakoperuste olisi kunkin sairaanhoitopiirin väestön lukumäärä, edellisten kahden viikon covid-19-tapausmäärä ja edellisten kahden viikon erikoissairaanhoidon joutuneiden potilaiden määrä.

Vaikka rokotteiden jakelua painotettaisiin alueellisesti, kunnat järjestäisivät rokotukset kuitenkin voimassa olevan asetuksen 2 §:n mukaisessa järjestyksessä. Mahdollisella rokotteiden alueellisella kohdistamisella ei siten olisi vaikutusta sairaanhoitopiirien alueiden sisäiseen rokotusjärjestykseen, johon sovellettaisiin voimassa olevan asetuksen 2 §:ää. Kohdentaminen ei saa estää henkilöä saamasta rokotussuojan muodostumiseen tarvittavaa tehosterokotetta.

3 §. Rokottaminen.

Voimassa olevan säännöksen mukaan rokotuksen pistoksena saa antaa vain lääkäri tai asianmukaisen rokotuskoulutuksen saanut sairaanhoitaja, terveydenhoitaja tai kättilö. Pykälän 1 momenttia ehdotetaan muutettavaksi siten, että myös hammaslääkärille annettaisiin oikeus antaa rokotus pistoksena.

Pykälään ehdotetaan lisättäväksi uusi 2 momentti, jonka mukaan myös lääkärin, hammaslääkärin, sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai kättilön ammattiin opiskeleva henkilö saisi antaa rokotuksia pistoksena pykälässä säädettyjen edellytyksen täytyessä. Muutoksella varmistettaisiin rokottajien riittävyys tilanteessa, jossa covid-19-rokotteita saataisiin Suomeen nykyistä enemmän. Mahdollistamalla myös hammaslääkärien ja opiskelijoiden toimiminen rokottajina turvattaisiin rokotusten eteneminen mahdollisimman tehokkaasti.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain (559/1994) 2 §:n mukaan laillistettu, luvan saanut tai nimikesuojattu ammattihenkilö voisi koulutuksensa, kokemuksensa ja ammattitaitonsa mukaisesti toimia myös toisen terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä silloin, kun se on perusteltua työjärjestelyjen ja terveyspalvelujen tuottamisen kannalta. Laillistetun ammattihenkilön tehtävissä voi säännöksen mukaan toimia tilapäisesti myös kyseiseen ammattiin opiskeleva kyseistä ammattia itsenäisesti harjoittamaan oikeutetun laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Laillistetun ammattihenkilön tehtävässä toimimisen edellytyksistä säädetään tarkemmin valtioneuvoston asetuksella.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen (564/1994) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattiin opiskelevat henkilöt voivat asetuksessa säädettyjen edellytysten täytyessä toimia kyseisen terveydenhuollon ammattihenkilön tehtävissä tilapäisesti. Sen lisäksi, että opiskelijalla tulee olla suoritettuna riittävä määrä opintoja, tulee hänellä olla riittävät edellytykset ja osaaminen kyseisen ammattihenkilön tehtävässä toimimiseen.

Lääketieteen opiskelija voisi antaa rokotuksia, jos terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen 3 §:ssä (Lääketieteen opiskelijan toimiminen laillistetun lääkärin tehtävässä) säädetty edellytykset lääkärin tehtävässä toimimiseen täyttyvät. Asetuksen 3 §:ssä todetaan, että lääketieteen opiskelija, joka on suorittanut hyväksytysti yliopistojen tutkinnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (794/2004) tarkoitetut, vähintään viiteen ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat opinnot ja jolla on suoritettujen opintojen perusteella riittävät edellytykset kyseisen tehtävän hoitamiseen, voi tilapäisesti toimia lääkärin tehtävässä, mukaan lukien päivystys, laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain (785/1992) 2 §:n 4 kohdassa tarkoitetussa terveydenhuollon toimintayksikössä tai sosiaalihuoltolain (710/1982) 24 §:ssä tarkoitettua laitoshuoltoa antavassa sosiaalihuollon toimintayksikössä. Lääketieteen opiskelija, joka on suorittanut hyväksytysti 1 momentissa mainitussa asetuksessa tarkoitetut, vähintään neljään ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat opinnot ja ne lääkärin peruskoulutukseen kuuluvat sen erikoisalan opintojaksot, johon kuuluvissa tehtävissä hän aikoo toimia, ja jolla on suoritettujen opintojen perusteella riittävät edellytykset kyseisen tehtävän hoitamiseen, voi toimia lääkärin tehtävässä laillistetun lääkärin johdon ja valvonnan alaisena erikoissairaanhoidon toimintayksikössä tai terveyskeskuksen vuodeosastolla. Päivystävän lääkärin tehtävässä toimimisen edellytyksenä on lisäksi, että hänellä on laillistetun lääkärin välitön johto ja valvonta.

Asetuksen 3 a §:ssä (Hammaslääketieteen opiskelijan toimiminen laillistetun hammaslääkärin tehtävässä) säädetään, että hammaslääketieteen opiskelija, joka on suorittanut hyväksytysti yliopistojen tutkinnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa tarkoitetut, vähintään neljään ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat opinnot ja jolla on suoritettujen opintojen perusteella riittävät edellytykset kyseisen tehtävän hoitamiseen, voi tilapäisesti toimia hammaslääkärin tehtävässä laillistetun hammaslääkärin johdon ja valvonnan alaisena 3 §:n 1 momentissa tarkoitetussa toimintayksikössä.

Asetuksen 3 b §:n (Ulkomailla lääketiedettä tai hammaslääketiedettä opiskelevan toimiminen laillistetun ammattihenkilön tehtävässä) mukaan ulkomailla lääketiedettä tai hammaslääketiedettä opiskelevalla on 3 tai 3 a

§:ssä tarkoitettu oikeus, kun hän on suorittanut hyväksytysti asianomaisen lääkärikoulutuksen vähintään viiteen tai 3 §:n 2 momentissa tarkoitetuissa tilanteissa vähintään neljään ensimmäiseen opintovuoteen tai hammaslääkärikoulutuksen vähintään neljään ensimmäiseen opintovuoteen kuuluvat opinnot sekä Sosiaali- ja terveystieteiden lupa- ja valvontaviraston mahdollisesti määräämät muut opinnot ja harjoittelun.

Sairaanhoitaja-, terveydenhoitaja- tai kättilöopiskelijoita koskee asetuksen 3 d § (Muun opiskelijan toimiminen laillistetun ammattihenkilön tehtävässä). Sen mukaan muun kuin 3 ja 3 a–3 c §:ssä mainitun laillistetun ammattihenkilön tehtävässä voi tilapäisesti 3 §:n 1 momentissa tarkoitettussa toimintayksikössä toimia laillistetun ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena kyseiseen ammattiin Suomessa opiskeleva tai ulkomailla vastaavaan ammattiin opiskeleva henkilö, joka on suorittanut hyväksytysti opinnoistaan kaksi kolmasosaa ja jolla on käytännössä saavutetun kokemuksen tai muiden seikkojen perusteella riittävät edellytykset kyseisen tehtävän hoitamiseen.

Opiskelijan on toimittava kyseistä ammattia itsenäisesti harjoittavan ammattihenkilön johdon ja valvonnan alaisena. Asetuksen 3 f §:n nojalla laillistetun ammattihenkilön tehtävissä toimivalle on nimettävä kirjallisesti 3 ja 3a–3d §:ssä tarkoitettulle opiskelijalle ohjaaja, joka on oikeutettu itsenäisesti harjoittamaan kyseistä ammattia ja jolla on riittävä käytännön kokemus. Toimintayksikössä toimivan ohjaajan on seurattava, ohjattava ja valvottava opiskelijan toimintaa sekä viivytyksettä puututtava mahdollisiin epäkohtiin sekä keskeytettävä toiminta, jos potilasturvallisuus vaarantuu. Työnantajan velvollisuus on arvioida tapauskohtaisesti opiskelijan valmiudet, myös tehtävän edellyttämä kielitaito. Työnantajan on myös määriteltävä tarkasti opiskelijan tehtävät, toiminta, rajat ja velvoitteet.

Valmistelu

Valtioneuvoston asetuksen muutos on valmisteltu sosiaali- ja terveysministeriössä yhteistyössä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Yhdenvertaisuusvaltuutettu on lausunnossaan (VVTDno-2021-362) 31.3.2020 ottanut kantaa yhdenvertaisuusperiaatteen soveltamisesta rokotusjärjestykseen.

Asian kiireellisyyden vuoksi tavanomaisista lainvalmistelua koskevista lausunto- ja kuulemisohjeista on jouduttu poikkeamaan.

Asetusluonnos oli lausunnoilla... Lausunnon antoivat...

Lausuntopalaute...

Asetusehdotus on tarkastettu oikeusministeriön lainvalmisteluosaston laintarkastusyksikössä.

Voimaantulo

Asetusmuutos ehdotetaan tulevaksi voimaan xx.xx.2021.

Esitys

Edellä esitetyn perusteella ehdotetaan, että vapaaehtoisista covid-19-rokotuksista annetun asetuksen muuttamiseksi annetaan valtioneuvoston asetus.