

Covid-19 rokotusten jakelun alueellinen kohdentaminen

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) jakaa covid-19 rokotteet sairaanhoitopiirien käyttöön ottaen huomioon valtioneuvoston asetuksessa vapaaehtoisista covid-rokotuksista (1105/2020) 2 §:ssä määritellyn rokotusjärjestyksen mukaisen, rokotusten kulloisen 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-henkilöiden 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 koronarokotteen 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.

Covid-19 epidemiatilanne alueellisesti

Koronavirusepidemia on koetellut kaikkialla maailmassa eniten tiheästi asuttuja laajoja metropolialueita. Synä 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.

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 (Liite 1. sairaanhoitopiirikohtainen Covid-19 ilmaantuvuus). 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 ikäjakauma 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.

Eri väestöryhmien riski sairastua vakavaan covid-19 tautiin

Ikä on merkittävin vakavan koronavirustaudin riskitekijä. Riskiin vaikuttavat lisäksi tietyt taustasairaudet, joita sairastavilla on muuta väestöstä suurempi riski saada vakava koronavirustauti, joutua sairaala- ja tehohoitoon tai menehtyä tautiin. Riskien suuruutta on THL:ssä tutkittu kansallisia terveysrekistereitä yhdistämällä. 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 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 kaikkein suurin kuolinriski on yli 70-vuotiailla.

län lisäksi rokotuspriorisaation 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.

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 (3 x 10) verrattuna Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella asuvan astmaa sairastamattoman samanikäisen henkilön riskiin.

Rokotuksia painotusten toteutus yhdenvertaisuuden näkökulmasta

Yhdenvertaisuuslain (1325/2014) 5 §:n mukaan viranomaisen on arvioitava yhdenvertaisuuden toteutumista toiminnassaan ja ryhdyttävä tarvittaviin toimenpiteisiin yhdenvertaisuuden toteutumisen edistämiseksi. Edistämistoimenpiteiden on oltava viranomaisen toimintaympäristö, voimavarat ja muut olosuhteet huomioon ottaen tehokkaita, tarkoituksenmukaisia ja oikeasuhtaisia. Lain 8 § kieltää syrjinnän ja lain 9 § mahdollistaa positiivisen erityiskohtelun jos oikeasuhtaisen erilainen kohtelun tarkoituksena on tosiasiallisen yhdenvertaisuuden edistäminen taikka syrjinnästä johtuvien haittojen ehkäiseminen tai poistaminen.

Sosiaali- ja terveystalveluissa positiivinen erityiskohtelu turvaa tosiasiallista yhdenvertaisuutta erityistoimenpiteillä, jotka parantavat haavoittuvassa asemassa olevien väestöryhmien asemaa ja olosuhteita. Esimerkiksi iäkkäiden henkilöiden palvelutarpeen arvioinnissa nopeutettu menettely on positiivista erityiskohtelua (Sosiaali- ja terveystalvelujen yhdenvertaisuuden käsitteet, 2-0, THL 1.10.2019 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2019121948919>). Sosiaali- ja terveystalveluissa tosiasiallinen yhdenvertaisuus tarkoittaa sitä, että kaikille toteutuu tarpeisiinsa nähden riittävät ja mahdollisimman hyvät sosiaali- ja terveystalvelut. Tosiasiallista yhdenvertaisuutta arvioidaan yleensä väestöryhmien tasolla. Käytännössä yhdenvertaisuus voi toteutua erilaisten ihmisten erilaisena kohteluna, koronavirusepidemian yhteydessä siis siten, että rokotuksia väestölle painotetaan alueen epidemiatilanteen mukaisesti. Tämä johtaa kuitenkin siihen, että samalla kun rokotusten antaminen nopeutuu joillakin alueilla, se myös hidastuu niillä alueilla jotka saavat

Taneli Puumalainen

25.3.2021

rokotteita ennakoitua vähemmän tai hitaammin. Tämä voi johtaa siihen, että Covid -19 tapausmäärä ja sairaalahoidon tarve laskevat näillä alueilla hitaammin kuin muuten olisi tapahtunut. Ongelmallista on myös se, että Biontech-Pfizerin rokotteen kohdentaminen voi valmistajan kanssa koko EU -aluetta koskevista kuljetusjärjestelyistä, rokotteen antamisesta ja niiden vaikutuksen viiveistä johtuen tapahtua vasta useiden viikkojen viiveellä. Rokotusten alueellinen kohdentaminen ei siis huomioi ajantasaista kuntakohtaista epidemiatilannetta eikä epidemiatilanteen myötä väestön sairastumisriskin nopeita muutoksia.

Euroopan Unionin Komissio on maaliskuussa 2021 esittänyt rokotustodistuksen käyttöä EU – sisärajojen ylittävään matkustamiseen ja yhteiskunnan toimintojen avaamiseen. Mikäli rokotetuilla on rokottamattomiin verrattuna jatkossa mahdollisuus matkustaa, välttää erilaisia rajoitustoimia tai osallistua laajemmin yhteiskunnallisiin aktiviteetteihin, voisi alueellisesti eri tahtiin etenevistä rokotuksista muodostua jatkossa yhdenvertaisuuteen ja yhteiskunnalliseen osallisuuteen liittyviä haasteita.

Rokotteiden alueellisen jakelun epidemiologiset vaikutukset

Kansalliselle rokotusasiantuntijaryhmälle esitetyn mallin mukaisesti alueen saaman rokotemäärän jakoperuste voisi jatkossa olla väestön lukumäärä, edellisten viikkojen tapausmäärä ja edellisten viikkojen erikoissairaanhoidon joutuneiden määrä. Kaikkien kolmen tekijän painoarvo olisi yhtä suuri (kolmannes). Tällöin 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. Rokotusten kunnan sisäinen kohdentaminen edelleen esimerkiksi postinumeropiirin perusteella myös auttaisi hillitsemään sekä sairaala- että tehokuormitusta.

Kolmiosaisella painotuksella voitaisiin samalla määrällä koronavirusrokotuksia estää enemmän sairaalahoitajaksoja verrattuna väestömäärään perustuvaan rokotteen 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.

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 johtaisi lyhyellä aikavälillä tapausmäärien merkittävään laskuun. Vasta väestön rokotuskattavuuden huomattava lisääntyminen myös nuoremmassa ikäryhmissä vaikuttaisi merkittävästi myös tapausmääriin ja epidemian etenemiseen.

Kuva 1. Sairaalahoitajakso 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.							

Alueellisen rokotejakelun käytännön toteutettavuus

Koronarokotteita toimitetaan valmistajalta Suomeen kahdella tavalla. Biontech-Pfizer jakelee rokotteet suoraan 23 sairaala-apteekkiin ja lääkekeskukseen, joissa on -70 asteen syväjäavarastointi. 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 sopimustukkukaupan keskusvarastoon, josta ne jaellaan noin 60 sairaala-apteekkiin ja lääkekeskukseen. Näiden rokotteiden toimitusten muuttaminen on joustavampaa ja aluejakoa 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-apteekkeille ja lääkekeskuksille ilmoitetaan tulevat rokotemäärät useita viikkoja etukäteen. Kunnat varaavat näiden tietojen perusteella henkilöstöresurssin ja varaavat rokotusaikoja. Muutokset jo ilmoitettuihin rokotusmääriin todennäköisesti johtaisivat jo varattujen aikojen perumiseen niissä kunnissa, joilta rokotteita mahdollisesti vähennettäisiin.

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. Kaikkien 16 vuotta täyttäneiden arvioidaan saavan halutessaan ensimmäisen rokoteannoksen kesä-heinäkuun vaihteeseen mennessä.

Käytännössä mahdollisella alueellisella rokotejakelun 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

Taneli Puumalainen

25.3.2021

johdosta Biontech-Pfizerin rokotteen jakelun muuttaminen aina alueellisen tautitaakan mukaan on selvästi vaikeampaa.

Sairaanhoitopiirien kanta tautitilanteen mukaiseen alueelliseen rokotejakeluun

THL:n keräämän palautteen (Liite 3) perusteella suuri osa sairaanhoitopiireistä vastustaa alueellista, epidemiatilanteen mukaan painottuvaa rokotejakelua. Syyt liittyvät pääasiassa rokotusten järjestämisen välttämättä vaatimaan ennakointiin, epidemiologisen tilanteen muuttumiseen ja ymmärrettävään viestintään oman alueen väestölle. Mikäli tähän ryhdyttäisiin, tulisi muutos toteuttaa vasta kun ikääntyneiden ja lääketieteellisten riksiryhmien rokotukset on saatettu loppuun.

Yhteenveto

THL katsoo, että alueellisesti, epidemiatilanteen mukaan painottuva rokotejakelu voi jonkin verran vähentää sairaalahoitajaksoja Covid-19-rokotusohjelmaan sovitettuna, mutta on jatkuvana toimintana lähinnä logistisista syistä hankalasti toteutettavissa. Esitetyn mallin mukainen jakelun painottaminen ei todennäköisesti vaikuttaisi merkittävästi epidemian etenemiseen, sillä rokotteen saatavuuden parantuessa rokotuskattavuus koko taudille alttiissa väestössä nousee tähän astista nopeammin tulevien kuukausien aikana.

Mahdollinen alueellisen painotuksen muutos olisi rokotejakelun näkökulmasta yksinkertaisinta toteuttaa kertaluonteisena, so. vaikeimmille epidemia-alueille kohdentuvina rokote-erinä sen jälkeen kun nyt meneillään oleva ikääntyneiden ja riskiryhmiin kuuluvien rokottaminen on pääosin toteutunut. Mikäli alueellisesti painotettuun jakeluun siirrytään, on varmistettava, että jo yhden rokoteannosten saaneilla on mahdollisuus saada toinen rokoteannos nykyisen rokotusaikataulun mukaisesti.

Rokotejakelun alueelliseen muutokseen liittyy yksilöiden ja väestöryhmien välisiä yhdenvertaisuusnäkökohtia, joita voitaisiin tarvittaessa edelleen selvittää esimerkiksi pyytämällä asiasta lausuntoa Yhdenvertaisuusvaltuutetulta. Myös alueellisia ja eri kuntien näkökantoja voi tarvittaessa täydentää ja päivittää. THL esittää, että sosiaali- ja terveysministeriö arvioi tulisiko valtioneuvoston asetusta vapaaehtoisista Covid-19-rokotuksista muuttaa vai voitaisiinko alueellinen rokotejakelun painotus toteuttaa ilman asetuksen muutosta. THL ylläpitää tilannekuvaa Suomeen jatkossa saapuvista rokoteannoksista ja voi tarvittaessa identifioida rokote-eriä, joita voitaisiin kohdentaa painotetusti eri alueille.

Helsinki, 25.3.2021



Markku Tervahauta

Pääjohtaja

Mika Salminen

Johtaja

LIITE 1. Sairaanhoidopiirikohtainen Covid-19 ilmaantuvuus

AVI	SHP	Ilmaantuvuus 7 vrk			Ilmaantuvuus 14 vrk	
		Ilmaantuvuus_ viikko 9	Ilmaantuvuus viikko 10	Ilmaantuvuus viikko 11	Ilmaantuvuus viikko 8-9	Ilmaantuvuus viikko 9-10
Etelä-Suomen AVI	Helsingin ja Uudenmaan SHP	163.2	180.9	165.8	309.9	346.7
Etelä-Suomen AVI	Etelä-Karjalan SHP	73.2	74.8	83.4	122.0	158.2
Etelä-Suomen AVI	Kymenlaakson SHP	6.7	28.8	30.6	25.1	59.4
Etelä-Suomen AVI	Päijät-Hämeen SHP	45.8	88.7	98.7	90.1	187.4
Etelä-Suomen AVI	Kanta-Hämeen SHP	42.1	78.9	77.2	88.3	156.1
Lounais-Suomen AVI	Varsinais-Suomen SHP	116.5	120.6	137.3	201.9	258.0
Lounais-Suomen AVI	Satakunnan SHP	73.8	30.2	18.6	132.2	48.7
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	Pirkanmaan SHP	41.4	54.5	49.3	66.2	103.9
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	Keski-Suomen SHP	25.3	34.8	38.7	53.4	73.5
Länsi- ja	Etelä-	15.6	15.1	11.4	29.1	26.5

AVI	SHP	Ilmaantuvuus 7 vrk			Ilmaantuvuus 14 vrk	
		Ilmaantuvuus_ viikko 9	Ilmaantuvuus viikko 10	Ilmaantuvuus viikko 11	Ilmaantuvuus viikko 8-9	Ilmaantuvuus viikko 9-10
Sisä-Suomen AVI	Pohjanmaan SHP					
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	Keski-Pohjanmaan SHP	14.2	6.5	9.1	28.5	15.5
Länsi- ja Sisä-Suomen AVI	Vaasan SHP	40.1	33.6	14.7	97.9	48.4
Itä-Suomen AVI	Etelä-Savon SHP	33.8	28.7	30.7	88.1	59.4
Itä-Suomen AVI	Itä-Savon SHP	7.5	27.6	5.0	22.5	32.6
Itä-Suomen AVI	Pohjois-Savon SHP	20.1	29.1	19.3	31.2	48.4
Itä-Suomen AVI	Pohjois-Karjalan SHP	4.3	3.7	13.4	17.7	17.1
Pohjois-Suomen AVI	Pohjois-Pohjanmaan SHP	28.2	21.9	13.4	57.1	35.2
Pohjois-Suomen AVI	Kainuun SHP	1.4	8.4	12.5	8.4	20.9
Lapin AVI	Lapin SHP	17.9	17.1	13.7	41.0	30.7
Lapin AVI	Länsi-Pohjan SHP	6.7	13.4	41.9	21.8	55.3
Ahvenanmaan	Ahvenanmaa	165.8	63.0	9.9	381.3	72.9

AVI	SHP	Ilmaantuvuus 7 vrk			Ilmaantuvuus 14 vrk	
		Ilmaantuvuus_ viikko 9	Ilmaantuvuus viikko 10	Ilmaantuvuus viikko 11	Ilmaantuvuus viikko 8-9	Ilmaantuvuus viikko 9-10
valtionvirasto						

LIITE 2. Sairaanhoidopiirikohtainen sairaalahoidossa olevien Covid-19 potilaiden määrä

SHP	ERV A	Erikoissairaanhoidossa vuodeosastolla	Perusterveydenhuollossa vuodeosastolla	Teho-osastolla	yhteensä
Ahvenanmaa	TYKS ERVA	2	0	0	2
Varsinais-Suomen SHP	TYKS ERVA	17	9	4	30
Satakunnan SHP	TYKS ERVA	1	4	0	5
Kanta-Hämeen SHP	TAYS ERVA	5	2	2	9
Pirkanmaan SHP	TAYS ERVA	13	0	5	18
Päijät-Hämeen SHP	HYKS ERVA	12	0	1	13
Kymenlaakson SHP	HYKS ERVA	2	1	2	5
Etelä-Karjalan SHP	HYKS ERVA	9	0	4	13
Etelä-Savon SHP	KYS ERVA	5	0	2	7
Itä-Savon SHP	KYS ERVA	0	0	0	0

SHP	ERV A	Erikoissaira- hoidossa vuodeosastolla	Perusterveydenhuoll- ossa vuodeosastolla	Teho-osastolla	yhteensä
Pohjois- Karjalan SHP	KYS ERVA	0	0	1	1
Pohjois- Savon SHP	KYS ERVA	1	1	4	6
Keski- Suomen SHP	KYS ERVA	5	1	3	9
Etelä- Pohjanmaan SHP	TAYS ERVA	1	6	0	7
Vaasan SHP	TYKS ERVA	1	0	2	3
Keski- Pohjanmaan SHP	OYS ERVA	0	0	0	0
Pohjois- Pohjanmaan SHP	OYS ERVA	6	14	0	20
Kainuun SHP	OYS ERVA	0	0	0	0
Länsi-Pohjan SHP	OYS ERVA	1	0	0	1
Lapin SHP	OYS ERVA	0	0	1	1
Helsingin ja Uudenmaan SHP	HYKS ERVA	80	34	31	145
yhteensä	yhteensä	161	72	62	295

LIITE 3. Yhteenvedo sairaanhoitopiirien kyselystä rokotusten alueelliseen painottamiseen

Ehdotusta kannattavat sairaanhoitopiirit

Helsingin ja Uudenmaan SHP

Taneli Puumalainen

25.3.2021

Päijät-Hämeen SHP

- HUS kannattaa KRAR:in suositusta jonka mukaisesti koronarokotteiden jakelussa huomioitaisiin väestön määrän lisäksi epidemian tilanne eri alueilla. Lisärokotteet tulisi ohjata nyt käynnissä oleviin ikääntyneiden yli 70-vuotiaiden ja alle 70-vuotiaiden rokotuksiin ja saatettava rokottaminen loppuun kyseisten ryhmien osalta ennen siirtymistä seuraaviin ryhmiin. Kun alle 70-vuotiaita perusterveitä aletaan rokottaa, tulisi se kohdentaa ensin 50-69 –vuotiaisiin tämän ikäryhmän lisääntyneen vakavan koronavirustaudin riskin takia
- Päijät-Hämeen alueella epidemia on leviämisvaiheessa ja ilmaantuvuus on noussut merkittävästi. Arviomme mukaan KRAR:n suositus ei merkittävästi muuttaisi rokotteiden määrää Päijät-Hämeen alueella. Kokonaisuutena yhtymän alueella arvioidaan, että alueellisen epidemiatilanteen huomioiminen rokotteiden jakelussa on järkevää ja suositeltavaa ja kannatamme KRAR:n ehdotusta.

Vastaus puuttuu

Kainuun SHP

Kymenlaakson SHP

Satakunnan SHP

Vaasan SHP

Varsinais-Suomen SHP

Vastaus ehdollinen

Kanta-Hämeen SHP: mallia ei ole esitetty riittävällä tarkkuudella, että sitä voisi puoltaa.

Keski-Pohjanmaan SHP: Riskiryhmät -> sote-> alueellinen mahdollista mutta koko Suomen alueella väestön tasolla rokotuksien tulisi tulla kuitenkin valmiiksi samaan aikaan.

Keski-Suomen SHP: suhtautuu esitettyyn jakoperusteeseen muutokseen hyvin varauksellisesti

Lapin SHP: Ei ole siis esitystä johon voi varsinaisesti ottaa kantaa. Jäämme odottamaan THL varsinaista esitystä, jota arvioimme alueellisessa koordinaatioryhmässä aikanaan.

Länsi-Pohjan SHP: Rokotteet pitää jakaa tasaisesti toistaiseksi. Ennen rokotusten suuntaamissuunnitelmia tulee koko maassa yli 70-vuotiaat, sairautensa vuoksi riskiryhmäläiset ja sote-henkilökunta olla kokonaan rokotettuna

Pohjois-Savon SHP: Alueellinen painotus olisi mielestäni ajankohtainen vasta kun yli 70-vuotiaat ja riskiryhmiin kuuluvat on rokotettu koko maassa

Ehdotusta vastustavat sairaanhoitopiirit

Etelä-Karjalan SHP

Etelä-Pohjanmaan SHP

Etelä-Savon SHP

Itä-Savon SHP

Keski-Pohjanmaan SHP

Pirkanmaan SHP?

Pohjois-Karjalan SHP

Ahvenanmaa

Rokotteet pitää jakaa tasaisesti ainakin toistaiseksi. Ennen rokotusten suuntaamissuunnitelmia tulee koko maassa yli 70-vuotiaat, sairautensa vuoksi riskiryhmäläiset ja sote-henkilökunta olla kokonaan rokotettuna.

Perusteluja ehdotuksen vastustamiseen:

- Alueellinen painottaminen avaa keskustelun Euroopan osalta alueellisesta jakoperusteesta. Euroopan tasolla Suomi jäisi ilman rokotteita.

Taneli Puumalainen

25.3.2021

- Esiintyvyys eri alueilla voi muuttua hyvinkin nopeasti. Korkean ilmaantuvuuden alueiden naapurialueet ovat sijaintinsa puolesta jatkuvassa riskissä, ihmisten liikkuvuudesta johtuen.
- Rokotukset eivät sammuta akuutteja tartuntaryypäitä, koska vaikutus tulee viiveellä.
- Rokotusten järjestäminen olisi pidettävä niin yksinkertaisena kuin mahdollista. Muutokset rokotejakelussa aiheuttavat paljon ylimääräistä työtä ja mahdollisesti hidastavat koko Suomen rokotuskattavuuden etenemistä.
- Huomioiden toukokuun alusta alkava kesälomakausi olisi rokotustoiminnan ja muun sote-palvelun yhteensovittamisen ja valmistautumisen näkökulmasta erittäin tärkeää tietää maaliskuun kuluessa millaiseen rokotustahtiin kullakin alueella tulee kesällä varautua.
- Tehokkaan rokottamisen edellytyksenä on rokotemäärien ennakointi ja jako sairaanhoitopiirien sisällä, joka mahdollistaa mm. massarokotuspäivien suunnittelua ja järjestämisiä pienemmilläkin paikkakunnilla ja aikoihin avaamista sekä henkilöstöressurin varaamista näihin. Ilman varmaa tietoa hyvissä ajoin tällaisia ei voi järjestää. Kunnat ovat tehneet kevään ja kesän henkilöstöjärjestelyt, niin että rokotuksia voidaan jatkaa ja laajentaa. Työsopimuksia rokotustoimintaan on jo tehty ja luvattu ja nämä olisivat turhia, jos ei voidakaan toteuttaa suunniteltuja rokottamisia. Lyhyellä aikavälillä tapahtuvat muutokset henkilöstötarpeessa ja rokotusjärjestyksessä kuormittavat entisestään terveydenhuoltoa ja saattavat aiheuttaa kokonaisuuden toimivuuteen enemmän haittaa kuin ehdotetulla epidemian mukaan muuntuvalla kohdennuksella teoreettiset saavat hyödyt.
- Nykyinen rokotusjärjestys on selkeä ja sen muuttaminen aiheuttaisi kansalaisissa hämmennystä ja kokemuksen epätasa-arvoisuudesta. Rokotusjärjestyksen jatkuvasti tapahtuvia muutoksia on vaikea perustella kansalaisille.
- Rokotteiden vähyyks vaikuttaa ihmisten hoitoon hakeutumiseen. Tällöin rokotejakelun hidastaminen tietyillä aluilla vaikuttaa hoitovelan purkamisen hidastumiseen ja tutkimattomien sairauksien pahenemiseen.
- Alueilla, joilla on pystytty hillitsemään tehokkailla rajoitustoimenpiteillä ja annetuilla suosituksilla alueellista epidemian leviämistä, ei tule tätä tehokasta toimintaa ikään kuin rankaista rokotteiden siirtämisellä muualle. Alueen väestön henkistä epidemiakestävyyttä ja -jaksamista rokotteiden mahdollinen uusi jakoperuste tulisi vähentämään. On vaarana, että väestössä epidemiasuosituksen noudattamisaktiivisuus vähenee, mikäli rokotusjärjestystä muutetaan.
- Epidemian leviäminen tietyillä alueilla johtuu ensisijaisesti siitä, että suojautumisohjeita ei ole noudatettu ja tartunnanjaljitys on aliresursoitu. Epidemia pysyy hallinnassa niillä alueilla, joilla näistä asioista on huolehdittu. Rokotteiden jakoperusteiden muuttaminen sairaanhoitopiirien välillä ei ratkaise tätä ongelmaa.
- Alueellisesta yhdenvertaisuudesta tulee joka tapauksessa yhteiskunnan toimintojen yhtäaikaisen avautumisen varmistamiseksi säilyttää väestön rokotuskokonaisuuden alueellisesti yhtäaikainen valmistuminen. Rajoitteiden varhaisempi keveneminen tai poistuminen alueilta, joille on ohjattu muita alueita nopeammin rokotteita, ei saa toteutua.

Taneli Puumalainen

25.3.2021

Ehdotukset:

- Alueellinen jako vain yhdelle suurelle rokotemäärälle esim.toukokuun ensimmäinen viikko, jolloin odotetaan noin 350 -400 000 rokoteannosta
- Jos järjestystä päädyttäisiin muuttamaan, niin näkemyksemme mukaan ensin, ennen mahdollisia rokotusten alueellisia painotuksia, tulee koko Suomessa rokottaa yhdenvertaisesti kaikki lääketieteellisiin riskiryhmiin kuuluvat ja 50 vuotta täyttäneet kansalaiset.
- Kun alle 70-vuotiaita perusterveitä aletaan rokottaa, tulisi se kohdentaa ensin 50-69 –vuotiaisiin tämän ikäryhmän lisääntyneen vakavan koronavirustaudin riskin takia
- Lähtökohtana tulee olla, että yli 70-vuotiaat ja riskiryhmät 1-2 on saatu rokotettua kaikkialla Suomessa.
- Varmistettava kaikilla alueilla mahdollisimman nopeasti terveydenhuollon kantokyvyn turvaaminen rokottamalla koko sote henkilöstö ennen uusia rokotealokaatioita. Seuraavassa vaiheessa lisääntyvän rokotteiden maahan tulon varmistuttua voidaan lisääntyvää osuutta jakaa epidemiapainotuksin.
- Mikäli jossain vaiheessa saadaan huomattavasti enemmän rokotteita ja kaikki riskiryhmäläiset on rokotettu, voidaan harkita leviämisalueille annettavan hieman enemmän rokotteita.
- Ehdotus on aidosti altistettava alueiden kuulemiselle viimeistään asetusluonnosvaiheessa.
- Vaihtoehtoisena ratkaisuna alueen paikallista harkintaa voitaisiin lisätä joidenkin muidenkin kuin puhtaasti lääketieteellisten riskiryhmien rokottamiseen, jos sen arvioidaan edesauttavan alueellisen epidemiatilanteen parempaa hallintaa.
- Vi anser det lämpligast att baserat på medicinsk risk gå vidare med resten av befolkningen i åldersintervall, inte att prioritera enskilda yrkesgrupper (förutom sjukvårdspersonal), och inte heller att prioritera regionalt på basen av historisk incidens.
- Åland föreslår också en ökad förutsägbarhet och önskar snarast beslut på hur den fortsatta vaccineringsstrategin ska se ut.