

Asia: Tartuntatautilainsäädäntöön esitettyjä kehitystarpeita koskeva muistio, diaarinumero
VN/17836/2022

Sosiaali- ja terveysministeriön kokoaman muistion tavoitteena on "kuvata tartuntatautilainsäädännön muutos- ja kehittämistarpeita tartuntatautilainsäädännön laajan uudistuksen toimeenpanon tueksi". Muutosten tarkoituksena on pääasiassa minimoida pandemoista yhteiskunnalle aiheutuvia haitallisia vaikutuksia. STM:n muistiossa perustellaan tartuntatautilainsäädännön uudistamisen tarpeita pääasiassa seuraavilla väitteillä:

1. Tartuntatautilain osalta on tarve kansainvälisesti yhtenevään lainsäädäntöön
2. Nykyinen tartuntatautilaki rajoittaa väestön terveyden suojelemista
3. Viranomaisten välinen yhteistyö ja roolitus ovat ongelmallisia
4. Rokotteiden vaikutusten seuranta on ongelmallista
5. Tartuntatautilain määritelmissä on puutteita

Esitän seuraavassa näkemykseni kahden ensimmäisen väitteen osalta.

1. Tartuntatautilain osalta on tarve kansainvälisesti yhtenevään lainsäädäntöön

STM:n tartuntatautilainsäädäntöön esitettyjä kehitystarpeita koskevan muistion perusteella kansallista päätösvaltaa halutaan siirtää EU:lle ja Maailman terveysjärjestölle (WHO). Muistio ei tarjoa perusteluita sille, mitä Suomi ja Suomen kansalaiset hyötyvät tartuntatautilain muuttamisesta EU:n säädösten ja WHO:n kansainvälisen terveyssäännösten kanssa yhteneväksi. Muistiossa esitetään, että *"olisi hyvä, että yleisvaarallisen tartuntataudin kriteerit olisivat mahdollisimman yhtenevät kansainvälisesti tarkasteltuna"* ja, että pandemian johtamisessa ja hallinnassa on *"tullut huomioida EU- ja muu kansainvälinen ohjeistus ja lainsäädäntö"*. (1)

On selvää, että kansainväliset linjaukset on otettava huomioon suomalaisessa lainsäädännössä, mutta tuleeko Suomen luovuttaa päätösvaltaansa epidemioiden suhteen vain siksi, että niin *"tulee tehdä"*? Perustelujen puuttuminen viittaa siihen, että suomalaisessa päätöksenteossa luotetaan sokeasti kansainvälisiin toimijoihin. Koska WHO on merkittävä auktoriteetti kansanterveyttä koskevia päätöksiä tehtäessä, ja koska muistion mukaan myös EU noudattaa WHO:n linjaa, Suomen on oltava tietoinen erityisesti siitä, mitä WHO nykypäivänä tarkalleen ottaen edustaa.

1.1 WHO:n rahoitus ja sen merkitys epidemioiden hallintaan

WHO on yhä enemmän muiden kuin sen jäsenvaltioiden rahoittama. (2-6) Vuonna 2020 Bill ja Melinda Gates -säätiö rahoitti WHO:n budjetista jo noin 13 %. (2-4) Kyseinen yksityinen säätiö ei ole demokraattisesti valittu, mutta sen vaikutusvalta WHO:ssa on sen jäsenvaltioiden edustajien kaltainen. (7) Jäsenvaltioiden lisäksi muita merkittäviä WHO:n rahoittajia ovat Bill Gatesin perustama rokoteallianssi Gavi sekä Rotary International. (2) Kun otetaan huomioon, että Bill & Melinda Gates -säätiön on rahoittanut Gavia 4,1 miljardilla dollarilla, on säätiön osuus WHO:n rahoituksesta kaikkiaan noin 20 %. (2,3,8)

Vuonna 2008 Bill ja Melinda Gates -säätiöstä tuli hyvin merkittävä WHO:n rahoittaja yli 700 miljoonalla dollarilla. (9) 5.5.2009, eli oli noin kuukausi ennen sikainfluenssapandemian julistamista, WHO muutti influenssapandemian määritelmää sellaiseksi, että minkä tahansa uuden

influenssaviruksen maailmanlaajuinen leviäminen voidaan julistaa pandemiaksi. (10-13) Määritelmästä poistettiin kohta, "*maailmanlaajuiset epidemiat aiheuttavat valtavan määrän kuolemantapauksia ja sairastumisia*", ja se korvattiin lauseella, "*pandemioiden aiheuttamat sairaudet ja kuolemantapaukset voivat olla joko lieviä tai vakavia, ja pandemian vakavuus voi muuttua pandemian aikana.*" (10-12) Ilman määritelmän muutosta sikainfluenssaa ei olisi julistettu pandemiaksi, koska se ei aiheuttanut valtavaa määrää kuolemantapauksia.

Rokotetutkija Heath Kellyn mukaan WHO:n määritelmän muutos edisti rokotteiden käyttöä vastauksena julistettuun pandemiaan. Vanhan määritelmän perusteella rokotetta ei olisi tarvittu tai sitä olisi käytetty huomattavasti vähemmän. (14) Influenssapandemian määritelmän muutoksen ja siihen kytketyn rokotesuosituksen tekee kyseenalaiseksi se, että Bill & Melinda Gates -säätiöllä on selkeitä eturistiriitoja omistaessaan useiden rokotevalmistajien, kuten Pfizerin, Merckin, Takedan, Sanofin, Tevan ja Novartiksen, osakkeita tai joukkovelkakirjoja. Säätiö myös rahoittaa kyseisiä lääkeyhtiöitä. (15)

1.2 WHO:n kyseenalainen rooli pandemian julistajana

WHO:n influenssapandemian määritelmän muutoksesta johtuen hyvin vaarattomienkin tautien, kuten sikainfluenssan, maailmanlaajuinen leviäminen johtaa pandemiatoimiin. Sikainfluenssan aiheuttama kuolleisuus maailman väestössä oli noin 0,01 %, kun covid-19-taudin aiheuttama kuolleisuus oli 0,03-0,04 % maailman väestössä. (16-18) Vertailukohtina influenssan aiheuttama kuolleisuus Suomessa on noin 0,02 % väestöstä, ja vuonna 1918 Espanjan tautiin kuoli 0,83 % maailman väestöstä. (19-21) Pandemiatoimien aiheuttamat valtavat taloudelliset, terveydelliset ja sosiaaliset menetykset voidaan siten aiheuttaa maailman väestölle hyvin lievin perustein. (22,52)

STM laati vuonna 2012 kansallisen varautumissuunnitelman influenssapandemiaa varten. Suunnitelman luokittelun mukaan sikainfluenssa ei täyttänyt lievän pandemian määritelmää, eikä niin tehnyt myöskään SARS-CoV-2:n aiheuttama tauti. (23) Suomessa olisikin syytä tukeutua itsenäiseen varautumiseen ja harkintaan epidemioiden syntyessä, eikä seurata lääketeollisuuden etua voimakkaasti ajavan WHO:n ylireagointiin tartuntatautien vaarallisuuden osalta.

Tuore esimerkki WHO:n liioitellusta reagoinnista tartuntatautien aiheuttamaan uhkaan on Marburgin aiheuttamat taudinpurkaukset Päiväntasaajan Guineassa. (24) WHO:n uutisoinnissa taudin kuolleisuusasteen arvioidaan olevan "*jopa 88%*", vaikka BMC Infectious Diseases -lehdessä julkaistu meta-analyysi arvioi Marburgin kuolleisuusasteeksi 53,8%. (25) Lisäksi WHO:n uutisessa Marburg-virusta kuvataan "*erittäin tarttuvaksi*", vaikka sen tartuttavuusluku (R_0) oli laajimmassa tunnetussa taudinpurkauksessa vain 1,59. (24,26) Näin alhainen tartuttavuusluku kertoo, että yksi sairastunut henkilö ei kykene tartuttamaan kahta muuta henkilöä. WHO ei myöskään kerro, että vuoden 2005 jälkeen Marburg on aiheuttanut vain 12 kuolemantapausta. Tutkijat pitävätkin Marburg-viruksen aiheuttamaa epidemiaa epätodennäköisenä. (27)

1.3 WHO:n ajama valtasiirtymä ja sen vaikutus jäsenmaihin

Parhaillaan käytävissä neuvotteluissa kansainvälisestä terveyssäännöstöstä (IHR) ja pandemiasopimuksesta WHO on ilmaissut tahtonsa muuttua neuvoo-antavasta toimijasta laillisesti sitovia, globaaleja määräyksiä antavaksi auktoriteetiksi. (28) Ehdotetuissa IHR:n muutoksissa halutaan muun muassa antaa WHO:n pääjohtajalle yksinoikeus julistaa maailmanlaajuinen kansanterveydellinen hätätila sekä määrätä käyttöön rokotetodistus. (29)

Jos muutokset astuvat voimaan, WHO:n pääjohtaja voisi määrätä maailmanlaajuisen hätätilan sikainfluenssan kaltaisesta vaarattomasta tartuntataudista johtuen ja vaatia maailman väestöä rokottautumaan rokotetodistusta edellyttäen. (29)

Huolta herättää myös esimerkiksi se, että WHO ajaa pandemiasopimuksella lääkkeiden lupaprosessin nopeuttamista, joka johtaisi väestön entistä suurempiin terveydellisiin riskeihin. (28) On ilmeistä, että kaavauilla muutoksilla WHO:n toimivaltaan voitaisiin edistää voimakkaasti lääketeollisuuden intressejä.

Osoituksena kyseisestä intressistä sekä eturistiriidasta WHO:n suurin yksityinen rahoittaja, Bill Gates kertoi vuonna 2019 rokotteen tuottaneen sijoituksilleen 20-kertaisen tuoton, mikä on hänen mukaansa selvästi enemmän kuin minkään muun sijoituksen tuotto. (30)

1.4 Paikallisen päätöksenteon merkitys

WHO:n eturistiriitojen lisäksi tartuntatauteihin liittyvän päätösvallan säilyttämistä Suomessa puoltaa epidemian vaihtelevuus maantieteellisestä sijainnista riippuen. Covid-19-tautitapausten määrän ja kuolleisuuden havaittiin korreloivan maailmanlaajuisesti väestön D-vitamiinitason kanssa. (31,32) Jo ennen covid-19-epidemiaa D-vitamiinin tiedettiin ehkäisevän hengitystieinfektioita useiden meta-analyyseiden ja kirjallisuuskatsausten perusteella. (33-36) Vähäistä kuolleisuutta covid-19-tautiin Suomessa saattaa siten selittää osaltaan suomalaisten tunnetusti korkea D-vitamiinitaso elintarvikkeisiin lisätyn D-vitamiinin, runsaan rasvaisen kalan syönnin sekä ravintolisän ahkeran käytön seurauksena. (37-39)

Kuten STM:n muistiossakin kuvataan, "*pandemian hallinnan päätökset... perustuvat paikalliseen, alueelliseen, valtakunnalliseen ja kansainväliseen tilannekuvaan*", paikallisen tilanteen tuntemus ja tilanteen edellyttämät toimet ovat merkittävässä roolissa. Voidaanko WHO:n olettaa tuntevan paikalliset tarpeemme ja reagoivan niihin ajantasaisesti?

1.5 Lääkeyhtiöiden intressien vaikutus epidemioihin

Lääkeyhtiöiden näkökulmasta olemassa olevien lääkkeiden käyttö epidemioiden hallitsemiseksi ei ole tuottoisaa, koska lääkevalmisteiden patenttisuoja on yleensä umpeutunut. Olemassa olevia lääkkeitä käytettäessä mikä tahansa lääkeyhtiö voi valmistaa kyseistä lääkettä, eikä yksittäinen lääkeyhtiö voi saada lääkemyynnistä merkittäviä voittoja - toisin kuin uusia lääkevalmisteita myytäessä. Onko tämä syy siihen, miksi turvallisia ja hyödyllisiä olemassa olevia lääkkeitä ja vitamiineja ei käytetty covid-19-taudin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon, vaan maailma jäi odottamaan uusien lääkkeiden kehittämistä sulkutoimiin panostaen?

Suomessa esimerkiksi ivermektiniä tai D-vitamiinia ei suositella vielääkään covid-19-taudin ennaltaehkäisyyn ja hoitoon, vaikka satunnaiskontrolloiduista tutkimuksista koostetut meta-analyysit osoittavat niiden vähentävän covid-19-taudin kuolleisuutta. (40-43)

Covid-19-epidemian aikana median on nähty suosivan korostetusti uusia rokotteita ja lääkkeitä jo olemassa olleiden lääkkeiden ja ravintoaineiden sijaan. Bill & Melinda Gates -säätiön vaikutusvalta ulottuu WHO:n, rokoteallianssi Gavin ja lääketeollisuuden lisäksi laajasti myös mediaan. Säätiön rahoituksesta nauttivat esimerkiksi BBC, The Guardian, Financial Times, Eurooppalaisen journalismin keskus (EJC) sekä 158 maan tiedostusvälineitä omistava Project Syndicate. (44-47) Muita säätiön rahoituksen saajia ovat Yhdysvaltain tartuntatautivirasto (CDC) sekä Yhdysvaltain kansallinen terveysinstituutti (NIH). (48,49) Onko siten ihme, että maailma turvautui covid-19-epidemiassa sulkutoimiin ja jäi odottamaan uusien lääkkeiden kehitystä?

1.6 Kansainvälisten toimijoiden toiminta covid-19-epidemian aikana

Seuraaviin kysymyksiin on välttämätöntä saada kattava vastaus ennen kuin Suomi voi harkita luovuttavansa kansanterveyttä koskevaa päätäntävaltaansa WHO:lle. Miksi WHO ei ole vaatinut covid-19-injektioiden keskeyttämistä ja turvallisuuden varmistamista, vaikka Yhdysvaltojen rokotehaittojen raportointijärjestelmän (VAERS) mukaan ne ovat aiheuttaneet yhden vuoden aikana enemmän kuolemantapauksia kuin kaikki muut rokotteet 33 vuoden (1988-2021) aikana yhteensä? (50-52) Miksi WHO ei reagoinut FDA:n toivomukseen saada 55 vuotta aikaa Pfizerin covid-19-injektion lupaprosessiin liittyvän aineiston julkaisemiseen? (53)

Kysymys siitä, tuleeko Suomen luovuttaa päätösvaltansa maailmanlaajuisten epidemioiden suhteen EU:n ja WHO:n päätettäväksi, on Suomen talouden ja kansanterveyden näkökulmasta merkittävä. Tiedämme, että päätösvallan luovuttaminen kansainvälisille toimijoille olisi rokoteteollisuuden ja vaikutusvaltaisten yksityisten toimijoiden, kuten Bill ja Melinda Gates -säätiön, näkökulmasta paras mahdollinen ratkaisu, mutta palveleeko se Suomen valtiota ja sen kansalaisia parhaalla mahdollisella tavalla? Ovatko WHO:n prioriteetit vaihtuneet rahoituspuolelta muutoksen seurauksena yksityisten rahoittajien prioriteeteiksi?

2. Nykyinen tartuntatautilaki rajoittaa väestön terveyden suojelemista

STM:n muistion mukaan "*tartuntatautiin torjunnassa joudutaan väistämättä käyttämään erilaisia rajoituksia, jotka kohdistuvat myös yksikön perusoikeuksiin*". Muistiossa alleviivataan tarvetta lain tukemalle väestön käyttäytymisen hallinnalle. Haluttua väestön voimakkaampaa kontrollointia kutsutaan muistiossa "*terveyden suojelemiseksi*". Lisäksi taudin tartuttajaa syyllistetään kuvaamalla tartuttamista toisen ihmisen hengen ja terveyden vaarantamiseksi.

Nämä muistion näkemykset heijastavat kollektiivista pelkoa sekä luottamuksen puutetta ihmisen omaa immuunijärjestelmää kohtaan. Erityisesti median lietsoma pelko selittää sitä, miksi useiden maiden päättäjät eivät seuranneet tieteelliseen tutkimukseen perustuvia keinoja, vaan pyrkivät painostamaan väestöä tehottomien ja terveydelle vaarallisten injektioiden ja kasvomaskien käyttöön sekä rajoitustoimenpiteiden noudattamiseen.

Covid-19-epidemian aikana WHO ei kyennyt noudattamaan laatimiaan influenssapandemian ohjeistuksia. WHO:n vuonna 2019 julkaiseman influenssapandemiaa koskevan ohjeistuksen mukaan missään olosuhteissa ei tule jäljittää tartunnan saaneita, asettaa ihmisiä karanteeniin, asettaa maahantulo- ja maastapoistumistarkastuksia eikä sulkea rajoja. (54) Kaikki nämä toimenpiteet toteutettiin Suomessa vastoin WHO:n ohjeita. Vain median ruokkima paniikinomainen suhtautuminen covid-epidemiaan voi selittää viranomaisten ja päättäjien WHO:n ohjeistuksen ja tieteenvastaiset päätökset.

STM:n muistiossa esitetään kuitenkin nyt toiveita epidemian aikaisten terveysturvallisuustoimenpiteiden tukemiseksi lainsäädännöllä, vaikka sekä WHO:n influenssapandemiaa koskevan ohjeistuksen että lukuisten tieteellisten tutkimusten mukaan viruksen leviämisen estämiseen tähtääviä voimakkaita rajoitustoimenpiteitä ei kannata toteuttaa.

2.1 Sulkutoimiin liittyvä tieteellinen näyttö

Lukuisat tieteelliset artikkelit ja selvitykset osoittavat erityisesti voimakkaasti perusoikeuksia rajoittavien terveysturvallisuustoimien, kuten eristämisen ja yritysten tilojen sulkemisen, olevan tehottomia (57-66), tuottavan kansanterveydelle (56) sekä kansantaloudelle (67) enemmän haittaa kuin hyötyä, olevan vaikeasti mitattavia (55) ja vaikutuksiltaan yliarvostettuja (65).

Moniammatillisista asiantuntijoista koostuva Pandemics Data & Analysis (PANDA) ei löytänyt korrelaatiota 157 maan rajoitustoimien voimakkuuden ja kuolleisuuden väliltä. (63) Johns Hopkins -instituutin julkaiseman meta-analyysin mukaan "*sulkutoimilla on ollut vain vähän tai ei lainkaan vaikutusta COVID-19-kuolleisuuteen*" ja "*sulkutoimet tulisi hylätä pandemian hallinnan välineenä*". (68)

New York Post -lehden tuoreessa artikkelissa Johns Hopkins -yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan professori Marty Makary osoitti, että koulujen sulkeminen ei vähentänyt covid-19-tartuntojen määrää. (69)

Tehottomuuden lisäksi sulkutoimet ovat aiheuttaneet lukuisia itsemurhia (70,72), hoidon puutteesta johtuvia kuolemia (73), päihteiden käytön lisääntymistä (70,72), työttömyyttä (70,72), velkaantumista (71), lasten hyväksikäyttöä (71), lasten, nuorten ja aikuisten mielenterveyden häiriöitä (74,78), koulunkäynnin keskeytymisiä (71), ruokapulaa (71,72), köyhyyttä (71), elämänlaadun heikkenemistä (75), epidemian pitkittymistä (76) sekä valtavia kustannuksia valtioiden taloudelle (77).

Covid-19-epidemian aikana kertynyt tieteellinen näyttö tukee siis vahvasti väitettä siitä, että sulkutoimiin ja etenkin voimakkaasti ihmisten perusoikeuksiin puuttuviin rajoitustoimiin ei ole perustetta. (55-79)

2.2 Tieteellinen näyttö kasvomaskien suojaavasta vaikutuksesta virustartuntoja vastaan

Laadukkain tutkimusnäyttö satunnaiskontrolloituja tutkimuksia (RCT) kokoavista meta-analyseista ja kirjallisuuskatsauksista ei tue kasvomaskien käyttöä hengitystieinfektioita aiheuttavien virustartuntojen ehkäisemiseksi.

Yhdysvaltojen tartuntatautien valvonta- ja ehkäisykeskuksien (CDC) toteuttaman, 10 RCT:a käsittävän meta-analyysin mukaan kasvomaskit eivät vähentäneet laboratoriovarmistettuja influenssatartuntoja. (80) Myös yhdeksän RCT:n laajuinen kirjallisuuskatsaus osoitti, että maskit eivät vähentäneet influenssan kaltaisia sairauksia. Neljän RCT:n perusteella kirurgisen maskin ja N95-maskin välillä ei ollut eroa influenssan kaltaisten sairauksien osalta. (81)

Kuusi RCT:a sisältävä meta-analyysi totesi, että kasvomaskit eivät suojaa laboratoriovarmennetulta virusinfektioilta. (82) Lisäksi kirjallisuuskatsauksen mukaan kuusi RCT:a kahdeksasta ei löytänyt näyttöä maskien suojasta virusperäistä tartuntaa vastaan. (83)

12 RCT:a sisältävän kirjallisuuskatsauksen mukaan näyttö ei ole riittävän vahva tukemaan kasvomaskien laajaa käyttöä suojaavana keinona covid-19-tautia vastaan. (84)

Viimeistään tammikuussa 2023 julkaistun Cochrane katsauksen tulisi päättää keskustelu kasvomaskien hyödyllisyydestä hengitystieviruksia vastaan. 12 RCT:a kokoavan katsausartikkelin mukaan kasvomaskin käyttö vaikuttaa vähän tai ei lainkaan influenssan kaltaisiin tai covid-19-tautia vastaaviin sairauksiin. (85) Johns Hopkins -yliopiston professori Makaryn mukaan Cochrane katsaukset ovat lääketieteen näytön arvovaltaisimpia ja riippumattomimpia arvioita. Makary toteaa, että maskien käyttö ei vähennä SARS-CoV-2-tartuntoja. (69)

Kasvomaskit aiheuttavat käyttäjälleen myös terveyttä ja hyvinvointia heikentäviä haittoja, kuten veren happisaturaation heikkenemistä, hengenahdistusta, päänsärkyä, huonovointisuutta ja keskittymisvaikeuksia. (86-90)

2.3 Covid-19-injektoiden teho ja turvallisuus

Covid-19-injektioita ei voida kutsua rokotteiksi, koska ne muistuttavat vaikutuksiltaan enemmän geeniterapiaa kuin perinteisiä rokotteita. (91,92)

Pfizerin kansainvälisten markkinoiden johtaja Janine Small myönsi EU:n parlamentin edessä, että lääkeyhtiö ei ole koskaan testannut, estääkö Pfizerin covid-19-injektio SARS-CoV-2:n leviämistä. (93) Tästä huolimatta covid-19-injektioita markkinoitiin maailmanlaajuisesti tartuntoja estävänä, ja tähän seikkaan vedoten Suomeen säädettiin käytännössä katsoen hoitajien rokotepakko (48 a §). (94)

VAERS:n mukaan covid-19-injektiot ovat aiheuttaneet vain yhden vuoden aikana enemmän kuolemia kuin kaikki rokotteet yhteensä viimeisen 33 vuoden aikana. (50-52) Kyseinen tilastotieto ei selity annettujen covid-injektioiden suurella määrällä, koska niitä oli pistetty 13 miljardia annosta vuoden 2022 loppuun mennessä, kun esimerkiksi influenssarokotteita on annettu noin 20 miljardia annosta vuosien 2003 ja 2022 välisenä aikana. (95-98)

Toinen hälyttävä covid-19-injektioita koskeva terveydellinen uhka on immuunijärjestelmän heikkeneminen. Tutkimuksissa on havaittu luontaisen immunitetin heikkenevän covid-19-injektioiden seurauksena. (99) Lisäksi on löydetty mekanismi, joilla ne voivat heikentää myös hankittua immunitettia. (100) Euroopan lääkevirasto varoitti jo tammikuussa 2022, että toistuvat covid-19-injektioiden tehosteannokset voivat heikentää immuunivastetta. (101) Eläinkokein on todistettu, että immuunijärjestelmän toistuva rasittaminen samalla antigeenillä johtaa väistämättä autoimmuunisairauteen. (102)

Rokotevelvoitteita ja koronapassia on markkinoitu virheellisesti rokotuskattavuutta lisäävinä toimenpiteinä. Johns Hopkins -yliopiston professori Makaryn mukaan rokotevelvoitteet eivät lisää rokotautuneiden määrää. Hän myös vahvistaa, että luonnollinen immunitetti tarjoaa vähintään rokotteita vastaavan suojan covid-19-tautia vastaan. (69)

Yhteenveto ja johtopäätökset

Jäsenvaltioidensa rahoittama Maailman terveysjärjestö (WHO) on muuttunut viimeisten vuosikymmenien aikana yhä enemmän yksityisten toimijoiden - erityisesti Bill & Melinda Gates - säätiön - rahoittamaksi. Kyseinen säätiö rahoittaa jopa viidenneksen WHO:n kokonaisbudjetista.

Koska säätiöllä on eturistiriitoja kattavista sijoituksistaan lääketeollisuuteen, on WHO:n päätöksiin - kuten influenssapandemian määritelmän muutokseen, kansainväliseen terveyssäännöstöön (IHR) sekä pandemiasopimukseen - suhtauduttava suurella varauksella. Suomen ei tule seurata sokeasti ei-demokraattisesti valittujen organisaatioiden vaikutusvallan alaisuudessa toimivaa WHO:ta, eikä sen linjauksia kyseenalaistamatta noudattavaa Euroopan unionia.

Seuraavan pandemian syntyessä Suomen tulee arvioida taudin vaarallisuus itsenäisesti, eikä turvautua kansainvälisiin toimijoihin, jotka ovat alttiita monikansallisten suuryritysten intresseille. Suomen kansantalouden ja -terveyden kannalta ei ole järkevää turvautua ihmisten perusoikeuksia rajoittaviin, tehottomiin, haitallisiin ja kalliisiin sulkutoimiin epidemian aikana.

Korkeatasoisin tutkimusnäyttö eli satunnaiskontrolloituja tutkimuksia kokoavat meta-analyysit ja kirjallisuuskatsaukset osoittavat, että kasvomaskit eivät suojaa hengitystieviruksen aiheuttamilta tartunnoilta. On myös käynyt useilla tavoilla selväksi, että covid-injektiot eivät ole tehokkaita eivätkä turvallisia. Kasvomaskien ja covid-injektioiden mainitseminen tartuntatautilaissa ei ole tieteellisesti, tilastollisesti eikä eettisesti perusteltua.

Sen sijaan Suomen edun mukaista on hyödyntää laajasti olemassa olevia lääkkeitä, ravintoaineita, terveellistä ruokavaliota sekä mahdollisimman laajasti muita saatavilla olevia menetelmiä tartuntatautien ennaltaehkäisemiseksi ja sairastuneiden hoitamiseksi.

Lääketeollisuuden ja lääkeviranomaisten tulisi arvioida kriittisesti uusien lääkkeiden laatua, koska rokotteina markkinoitavien injektioiden osalta joudutaan turvautumaan uhkailuun ja pakottamiseen - tämä ei ole merkki luottamuksesta kyseisiä tuotteita ja valmistajia kohtaan.

Kansainvälinen terveystalitiikka on pahoin korruptoitunut, ja korruption jäljet johtavat Yhdysvaltoihin, jonka johtamaan liittoumaan Suomikin määrätietoisesti pyrkii. Kansalaisten luottamuksen ovat menettäneet muun muassa WHO, Yhdysvaltain elintarvike- ja lääkevirasto (FDA), Yhdysvaltain tartuntatautivirasto (CDC), Yhdysvaltain terveystalirasto (NIH), Euroopan lääkevirasto (EMA) sekä Euroopan komissio.

Suomen ja suomalaisten tulee tunnustaa, että olimme väärässä luottaessamme kansainvälisiin auktoriteetteihin, suhtautua äärimmäisen kriittisesti kansainvälisten organisaatioiden sopimuksiin ja luottaa Suomen maailmallakin tunnustusta keränneeseen korkeatasoiseen osaamiseen - erityisesti terveystalosaamiseen - eikä noudattaa orjallisesti monikansallisten suuryritysten etua ajavia globaaleja toimijoita. Emme tarvitse ulkopuolista ohjeistusta, vaan vapautta itsenäiseen päätöksentekoon.

Tartuntatautilakiin ei ole tarpeen tehdä muutoksia.

Lähteet

1. Sosiaali- ja terveystalministeriö. Muistio tartuntatautitoimijoiden ja viranomaisten esittämistä lainsäädännön kehittämistarpeista.
<https://www.lausuntopalvelu.fi/FI/Proposal/DownloadProposalAttachment?proposalId=cc751361-6b63-4419-a66b-fe4afde31bb9&attachmentId=20007>
2. World Health Organization. Our contributors.
<https://www.who.int/about/funding/contributors>
3. World Health Organization. Budget implementation summary.
<https://www.who.int/about/accountability/results/who-results-report-2020-mtr/budget-summary-details>
4. World Economic Forum. How is the World Health Organization funded?
<https://www.weforum.org/agenda/2020/04/who-funds-world-health-organization-un-coronavirus-pandemic-covid-trump/>
5. World Health Organization. 2007. Working for health.
<https://www.slideshare.net/WERI/working-for-health-2100594>
6. Vaughan, J. Mogedal, S. Kruse, S. Lee, K. Walt, G. de Wilde, K. Financing the World Health Organisation: global importance of extrabudgetary funds. Health Policy 1996, 35: 229-245.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10157400/>
7. Politico. 2017. Meet the world's most powerful doctor: Bill Gates.
<https://www.politico.eu/article/bill-gates-who-most-powerful-doctor/>
8. Gavi. The Bill & Melinda Gates Foundation. <https://www.gavi.org/investing-gavi/funding/donor-profiles/bill-melinda-gates-foundation>
9. Bill & Melinda Gates Foundation. Committed grants.
<https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants?page=5&q=world%20health%20organization>

10. World Health Organization. Pandemic preparedness. 2009a. <https://web.archive.org/web/20090503221306/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>
11. World Health Organization. Pandemic preparedness. 2009b. <https://web.archive.org/web/20090505221413/http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic/en/index.html>
12. World Health Organization. Pandemic influenza. 2014. <https://web.archive.org/web/20140925200628/https://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/influenza/pandemic-influenza>
13. Yle. 2009. WHO julisti sikainfluenssan pandemiaksi. <https://yle.fi/a/3-5266535>
14. Kelly, H. The classical definition of a pandemic is not elusive. Bulletin of the World Health Organization 2011, 89: 540-541. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/270942>
15. The Nation. Bill Gates's charity paradox. <https://www.thenation.com/article/society/bill-gates-foundation-philanthropy/>
16. Worldometer. World population. <https://www.worldometers.info/world-population/>
17. World Health Organization. WHO Coronavirus (COVID-19) Dashboard. <https://covid19.who.int/>
18. Ikonen, N. Murtopuro, S. Haveri, A. Virtanen, M. Baum, U. Isoniemelä, V. Savolainen-Kopra, C. Nohynek, H. Lyytikäinen, O. Influenssakausi Suomessa, viikot 40/2017-20/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/136791/URN_ISBN_978-952-343-159-1.pdf
19. Tilastokeskus. Äidinkielenään kotimaisia kieliä puhuvien määrän väheneminen kiihtyi. https://www.stat.fi/til/vaerak/2017/vaerak_2017_2018-03-29_tie_001_fi.html
20. Spreeuwenberg, P. Kroneman, M. Paget, J. Reassessing the global mortality burden of the 1918 influenza pandemic. American Journal of Epidemiology. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7314216/>
21. The Spanish flu (1918-20): the global impact of the largest influenza pandemic in history. <https://ourworldindata.org/spanish-flu-largest-influenza-pandemic-in-history>
22. MKR. Covid-tilannekatsaus: mikä on totuus? <https://mkrsuomi.fi/korona-tilannekatsaus/>
23. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallinen varautumissuunnitelma influenssapandemiaa varten. <https://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/72870/Julka201209.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
24. World Health Organization. Equatorial Guinea confirms first-ever Marburg virus disease outbreak. <https://www.afro.who.int/countries/equatorial-guinea/news/equatorial-guinea-confirms-first-ever-marburg-virus-disease-outbreak>
25. Nayakarahuka, L. Kankya, C. Krontveit, R. Mayer, B. Mwiine F. Lutwama, J. Skjerve, E. How severe and prevalent are Ebola and Marburg viruses? A systematic review and meta-analysis of the case fatality rates and seroprevalence. BMC Infectious Diseases 2016, 16. <https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/counter/pdf/10.1186/s12879-016-2045-6.pdf>
26. Ajelli, M. Merler, S. Transmission potential and design of adequate control measures for Marburg hemorrhagic fever. PLoS One 2012, 7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3519495/>
27. Centers for Disease Control and Prevention. History of MVD outbreaks. <https://www.cdc.gov/vhf/marburg/outbreaks/chronology.html>
28. World Health Organization. Conceptual zero draft for the consideration of the intergovernmental negotiating body at its third meeting. https://apps.who.int/gb/inb/pdf_files/inb3/A_INB3_3-en.pdf
29. World Health Organization. Article-by-article compilation of proposed amendments to the international health regulations (2005) submitted in accordance with decision WHA75(9) (2022). https://apps.who.int/gb/wgihp/pdf_files/wgihp2/A_WGIHR2_7-en.pdf

30. CNBC. Bill Gates: My 'best investment' turned \$10 billion into \$200 billion worth of economic benefit. <https://www.cnbc.com/2019/01/23/bill-gates-turns-10-billion-into-200-billion-worth-of-economic-benefit.html>
31. Hoong, C. Huilin, K. Cho, S. Aravamudan, V. Are adequate vitamin D levels helpful in fighting COVID-19? A look at the evidence. Hormone and Metabolic Research 2020. https://vitamindwiki.com/wiki/download_wiki_attachment.php?attId=14334&page=Virtually%20no%20COVID-19%20cases%20in%20countries%20having%20more%20than%2030%20ng%20of%20Vitamin%20D%20-%20Sept%202017%2C%202020&download=y
32. Ilie Petre, Stefanescu, Simina. Smith, Lee. 2020. The role of Vitamin D in the prevention of Coronavirus Disease 2019 infection and mortality. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7202265/>
33. Martineau, A. Jolliffe, D. Hooper, R. Greenberg, L. Aloia, J. Bergman, P. Dubnov-Raz, G. Esposito, S. Ganmaa, D. Ginde, A. Goodall, E. Grant, C. Griffiths, C. Janssens, W. Laaksi, I. Manaseki-Holland, S. Mauger, D. Murdoch, D. Neale, R. Rees, J. Simpson, S. Stelmach, I. Kumar, G. Urashima, M. Camargo, C. Vitamin D supplementation to prevent acute respiratory tract infections: systematic review and meta-analysis of individual participant data. British Medical Journal 2017, 1-14. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310969/>
34. Bergman, P. Lindh, Å. Björkhem-Bergman, L. Lindh, J. Vitamin D and respiratory tract infections: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. PLoS ONE, 2013: 8. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3686844/>
35. Charan, J. Goval, J. Saxena, D. Yadav, P. Vitamin D for prevention of respiratory tract infections: A systematic review and meta-analysis. The Journal of Pharmacology & Pharmacotherapeutics 2012, 3: 300-303. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3543548/>
36. Zittermann, A. Pilz, S. Hoffmann, H. März, W. Vitamin D and airway infections: a European perspective. European Journal of Medical Research 2016, 21. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4806418/>
37. Jääskeläinen, T. Itkonen, S. Lundqvist, A. Erkkola, M. Koskela, T. Lakkala, K. Dowling, K. Hull, G. Kröger, H. Karppinen, J. Kyllönen, E. Härkänen, T. Cashman, K. Männistö, S. Lamberg-Allardt, C. The positive impact of general vitamin D food fortification policy on vitamin D status in a representative adult Finnish population: evidence from an 11-y follow-up based on standardized 25-hydroxyvitamin D data. The American Journal of Clinical Nutrition 2017, 105: 1512-1520. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-positive-impact-of-general-vitamin-D-food-on-D-J%C3%A4skel%C3%A4inen-Itkonen/30fbb1e81a16b7a5a6c3376753060af5cac1c294>
38. Helldán, A. Raulio, S. Kosola, M. Tapanainen, H. Ovaskainen, M-L. Virtanen, S. Finravinto 2012 -tutkimus. 2013. <https://www.julkari.fi/handle/10024/110839>
39. Spiro, A. Buttriss, J. Vitamin D: An overview of vitamin D status and intake in Europe. Nutrition Bulletin 2014, 39: 322-350. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4288313/>
40. Shaifee, A. Athar, M. Gargari, O. Jafarabady, K. Siahvoshi, S. Mozhgani, S-H. Ivermectin under scrutiny: a systematic review and meta-analysis of efficacy and possible sources of controversies in COVID-19 patients. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/s12985-022-01829-8.pdf>
41. Hill, A. Abdulmir, A. Ahmed, S. Asghar, A. Babalola, O. Basri, R. Chaccour, C. Chachar, A. Chowdhury, A. Elgazzar, A. Ellis, L. Falconer, J. Garratt, A. Hany, B. Hashim, H. Haque, W. Hayat, A. He, S. Jamshidian, R. Khan, W. Kirti, R. Krolewcki, A. Lanusse, C. Levi, J. Mahmud, R. Mangat, S. McCann, K. Mohan, A. Niaee, M. Okumus, N. Pilkington, V. Podder, C. Qavi, A. Raad, H. Razai, M. Sasank, S. Spoorthi, V. Surf, T. Wang, J. Wentzel, H.

- Meta-analysis of randomized trials of ivermectin to treat SARS-CoV-2 infection. (Preprint) https://assets.researchsquare.com/files/rs-148845/v1_covered.pdf?c=1637584849
42. Lawrie, T. Ivermectin reduces the risk of death from COVID-19 - a rapid review and meta-analysis in support of the recommendation of the Front Line COVID-19 Critical Care Alliance. https://b3d2650e-e929-4448-a527-4eeb59304c7f.filesusr.com/ugd/593c4f_8cb655bd21b1448ba6cf1f4c59f0d73d.pdf
 43. Argano, C. Bocchio, R. Natoli, G. Scibetta, S. Lo Monaco, M. Corrao, S. Protective effect of vitamin D supplementation on COVID-19-related intensive care hospitalization and mortality: Definitive evidence from meta-analysis and trial sequential analysis. <https://www.mdpi.com/1424-8247/16/1/130>
 44. Return of Private Foundation. 2022. Bill & Melinda Gates Foundation. [https://docs.gatesfoundation.org/documents/2021%20bmgf%20form%20990-pf%20\(pd%20copy\).pdf](https://docs.gatesfoundation.org/documents/2021%20bmgf%20form%20990-pf%20(pd%20copy).pdf)
 45. Return of Private Foundation. 2016. Bill & Melinda Gates Foundation. https://docs.gatesfoundation.org/Documents/2016_BMGF_Form_990PF.pdf
 46. European Journalism Centre. About. <https://www.ejc.net/about>
 47. Project Syndicate. About us. <https://www.project-syndicate.org/about>
 48. CDC Foundation. CDC Foundation receives \$13.5 million in grants for global health. <https://www.cdcfoundation.org/blog-entry/cdc-foundation-receives-13.5-million-grant-from-gates-foundation>
 49. Bill & Melinda Gates Foundation. Committed grants. <https://www.gatesfoundation.org/about/committed-grants?page=3&q=national%20institutes%20of%20health&yearAwardedEnd=2020&yearAwardedStart=2020>
 50. Extremely American - Worldwide. 2.1.2022. Vaccine hesitancy explained in a single VAERS pie chart: Deaths by vaccine type (1988-2021). <https://www.extremelyamerican.com/post/vaccine-hesitancy-explained-in-a-single-vaers-pie-chart-deaths-by-vaccine-type-1988-2021>
 51. Open VAERS. <https://www.openvaers.com/vaersapp/reports.php>
 52. National Vaccine Information Center. Search the VAERS database. <https://www.medalerts.org/vaersdb/index.php>
 53. Reuters. Wait what? FDA wants 55 years to process FOIA request over vaccine data. <https://www.reuters.com/legal/government/wait-what-fda-wants-55-years-process-foia-request-over-vaccine-data-2021-11-18/>
 54. World Health Organization. Global influenza programme - Non-pharmaceutical public health measures for mitigating the risk and impact of epidemic and pandemic influenza. <https://www.who.int/publications/i/item/non-pharmaceutical-public-health-measures-for-mitigating-the-risk-and-impact-of-epidemic-and-pandemic-influenza>
 55. Soltész, K. Gustafsson, F. Timpka, T. Jaldén, J. Jidling, C. Heimerson, A. Schön, T. Spreco, A. Ekberg, J. Dahlström, Ö. Carlson, F. Jöud, A. Bernhardsson, B. The effect of interventions on COVID-19. *Nature* 588. <https://www.nature.com/articles/s41586-020-3025-y>
 56. Joffe, A. COVID-19: rethinking the lockdown groupthink. *Frontiers of Public Health* 2021, 9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7952324/>
 57. Bendavid, E. Oh, C. Bhattacharya, J. Ioannidis, A. Assessing mandatory stay-at-home and business closure effects on the spread of COVID-19. *European Journal of Clinical Investigation* 2021, 51. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/eci.13484>
 58. Pepp, K. Bjørnskov, C. Lockdown effects on Sars-CoV-2 transmission - The evidence from Northern Jutland. (Preprint) https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3756920
 59. Lundberg, J. Zeberg, H. Longitudinal variability in mortality predicts COVID-19 deaths. *European Journal of Epidemiology* 2021, 36. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10654-021-00777-x>

60. Gibron, J. Government mandated lockdowns do not reduce Covid-19 deaths: implications for evaluating the stringent New Zealand response.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Government-mandated-lockdowns-do-not-reduce-deaths:-Gibson/ae33abae901371e353850df01657365fd128f741>
61. Laroche Lambert, Q. Marc, A. Antero, J. Bourg, E. Toussaint, J-F. Covid-19 mortality: A matter of vulnerability among nations facing limited margins of adaptation. *Frontiers in Public Health* 2020, 8. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpubh.2020.604339/full>
62. Letizia, A. Ramos, I. Obla, A. Goforth, C. Weir, D. Ge, Y. Bamrhan, M. Dutta, J. Ellis, E. Estrella, L. George, M-C. Gonzalez-Reiche, A. Graham, W. van de Guchte, A. Gutierrez, R. Jones, F. Kalomoiri, A. Lizewski, R. Lizewski, S. Marayang, J. Marjanovic, N. Millar, E. Nair, V. Nudelman, G. Nunez, E. Pike, B. Porter, C. Regeimbal, J. Rirak, S. Santa Ana, E. Sealfon, R. Sebra, R. Simons, M. Soares-Schanoski, A. Sugiharto, V. Termini, M. Vangeti, S. Williams, C. Troyanskaya, O. van Bakel, H. Sealtan, S. SARS-CoV-2 transmission among marine recruits during quarantine. *The New England Journal of Medicine* 2020, 383: 2407-2416. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa2029717>
63. Neil, T. McGorian, I. Hudson, N. Exploring inter-country coronavirus mortality. Panda. <https://pandata.org/wp-content/uploads/2020/07/Exploring-inter-country-variation.pdf>
64. Forbes, H. Morton, C. Bacon, S. McDonald, H. Minassian, C. Brown, J. Rentsch, C. Mathur, R. Schulze, A. DeVito, N. MacKenna, B. Hulme, W. Croker, R. Walker, A. Williamson, E. Bates, C. Mehrkar, A. Curtis, H. Evans, D. Wing, K. Inglesby, B. Drysdale, H. Wong, A. Cockburn, J. McManus, R. Parry, J. Hester, F. Harper, S. Douglas, I. Smeeth, L. Evans, S. Bhaskaran, K. Eggo, R. Goldacre, B. Tomlinson, L. Association between living with children and outcomes from covid-19: OpenSAFELY cohort study of 12 million adults in England. *BMJ* 2021, 372. <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n628>
65. Atkeson, A. Kopecky, K. Zha, T. Four stylized facts about COVID-19. National Bureau of Economic Research. <https://www.nber.org/papers/w27719>
66. Bjørnskov, C. Did lockdown work? An economist's cross-country comparison.
<https://www.semanticscholar.org/paper/Did-Lockdown-Work-An-Economist%E2%80%99s-Cross-Country-Bj%C3%B8rnkov/14c986d39e38969eb566da6f9d90c9f3b2203c1e>
67. Djaparidze, L. Lois, F. SARS-CoV-2 waves in Europe: A 2-stratum SEIRS model solution. (Preprint) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.09.20210146v1>
68. Herby, J. Jonung, L. Hanke, S. A literature review and meta-analysis of the effects of lockdowns on COVID-19 mortality. Johns Hopkins Institute for Applied Economics.
<https://sites.krieger.jhu.edu/iae/files/2022/01/A-Literature-Review-and-Meta-Analysis-of-the-Effects-of-Lockdowns-on-COVID-19-Mortality.pdf>
69. New York Post. 10 myths told by COVID experts - and now debunked.
<https://nypost.com/2023/02/27/10-myths-told-by-covid-experts-now-debunked/>
70. Petterson, S. Westfall, J. Miller, B. Projected deaths of despair from COVID-19.
https://wellbeingtrust.org/wp-content/uploads/2020/05/WBT_Deaths-of-Despair_COVID-19-FINAL-FINAL.pdf
71. Kailash Satyarthi Children's Foundation. A study on impact of lockdown and economic disruption on poor rural households with special reference to children.
https://www.researchcommonsonchildren.com/uploadfile/documents/A_Study_on_Impact_of_Lockdown_and_Economic_Disruption_on_Poor_Rural_Households.pdf
72. Arena, P. Malta, M. Rimoin, A. Strathdee, S. Race, COVID-19 and deaths of despair. *EClinical Medicine* 2020, 25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7396816/>
73. Irish Cancer Society. Oireachtas Special Committee on COVID-19 Response.
https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/committee/dail/33/special_committee_on_covid_19_response/submissions/2020/2020-09-30_submission-averil-power-chief-executive-irish-cancer-society-scc19r-r-0419_en.pdf
74. Singh, S. Roy, D. Sinha, K. Parveen, S. Sharma, G. Joshi, G. Impact of COVID-19 and lockdown on mental health of children and adolescents: A narrative review with

- recommendations. *Psychiatry Research* 2020, 293.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016517812031725X>
75. Miles, D. Stedman, M. Heald, A. Living with COVID-19: Balancing costs against benefits in the face of the virus. *National Institute Economic Review* 2020, 253.
https://www.researchgate.net/publication/343278351_LIVING_with_COVID-19_BALANCING_COSTS_against_BENEFITS_in_the_FACE_of_the_VIRUS
76. Rice, K. Wynne, B. Martin, V. Ackland, G. Effect of school closures on mortality from coronavirus disease 2019: Old and new predictions. *BMJ Clinical Research* 2020, 371.
https://www.researchgate.net/publication/346031988_Effect_of_school_closures_on_mortality_from_coronavirus_disease_2019_Old_and_new_predictions
77. Shlomai, A. Leshno, A. Sklan, E. Leshno, M. Modeling social distancing strategies to prevent SARS-CoV-2 spread in Israel - A cost-effectiveness analysis. *Value in Health* 2021, 24: 607-614. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1098301520344211>
78. Aragona, M. Barbato, A. Cavani, A. Costanzo, G. Mirisola, C. *Public Health* 2020, 186: 52-56. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033350620302936>
79. Melnick, E. Ioannidis, J. Should governments continue lockdown to slow the spread of covid-19? *BMJ* 2020, 369. <https://www.bmj.com/content/bmj/369/bmj.m1924.full.pdf>
80. Xiao, J. Shiu, E. Gao, H. Wong, J. Fong, M. Ryu, S. Cowling, B. Nonpharmaceutical measures for pandemic influenza in nonhealthcare settings - personal protective and environmental measures. 2020. https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/5/19-0994_article
81. Jefferson, T. Jones, M. Al-Ansary, L. Bawazeer, G. Beller, E. Clark, J. Conly, J. Del Mar, C. Dooley, E. Ferroni, E. Glasziou, P. Hoffmann, T. Thorning, S. van Driel, M. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. Part 1 - Face masks, eye protection and person distancing: systematic review and meta-analysis. (Preprint) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.20047217v2>
82. Offeddu, V. Yung, C. Low, M. Tam, C. Effectiveness of Masks and Respirators Against Respiratory Infections in Healthcare Workers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical Infectious Diseases* 2017, 65: 1934-1942. <https://doi.org/10.1093/cid/cix681>
83. bin-Reza, F. Chavarrias, V. Nicoli, A. Chamberland, M. The use of masks and respirators to prevent transmission of influenza: a systematic review of the scientific evidence. *Influenza and Other Respiratory Viruses* 2012, 6: 257-267.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1750-2659.2011.00307.x>
84. Brainard, J. Jones, N. Lake, I. Hooper, L. Hunter, P. Facemasks and similar barriers to prevent respiratory illness such as COVID-19: A rapid systematic review. medRxiv 2020. (Preprint) <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.01.20049528v1>
85. Jefferson, T. Dooley, L. Ferroni, E. Al-Ansary, L. van Driel, M. Bawazeer, G. Jones, M. Hoffmann, T. Clark, J. Beller, E. Glasziou, P. Conly, J. Physical interventions to interrupt or reduce the spread of respiratory viruses. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2023. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006207.pub6/full>
86. Kao, T. Huang, K-C. Huang, Y-L. Tsai, T-J. The physiological impact of wearing an N95 mask during hemodialysis as a precaution against SARS in patients with end-stage renal disease. *Journal of the Formosan Medical Association* 2004, 103: 624-628.
https://www.researchgate.net/publication/8371248_The_physiological_impact_of_wearing_an_N95_mask_during_hemodialysis_as_a_precaution_against_SARS_in_patients_with_end-stage_renal_disease
87. Beder, A. Büyükkocak, U. Sabuncuoglu, H. Keskil, Z. Keskil, S. Preliminary report on surgical mask deoxygenation during major surgery. *Neurocirugia* 2008, 19: 121-126.
<https://scielo.isciii.es/pdf/neuro/v19n2/3.pdf>
88. Person, E. Lemercier, C. Royer, A. Reychler, G. Effect of a surgical mask on six minute walking distance. *Revue des maladies respiratoires* 2018, 35: 264-268.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29395560/>

89. Chughtai, A. Stelzer-Braid, S. Rawlinson, W. Pontivivo, G. Wang, Q. Pan, Y. Zhang, D. Zhang, Y. Li, L. Macintyre, R. BMC Infectious Diseases 2019, 19.
<https://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12879-019-4109-x>
90. Schwarz, S. Jenetzky, E. Krafft, H. Maurer, T. Martin, D. Corona child studies "Co-Ki": first results of a Germany-wide register on mouth and nose covering (mask) in children. Monatsschrift Kinderheilkunde 2021, 169: 353-365.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33642617/>
91. Food and Drug Administration. What is gene therapy? <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/cellular-gene-therapy-products/what-gene-therapy>
92. Food and Drug Administration. Design and Analysis of Shedding Studies for Virus or Bacteria-Based Gene Therapy and Oncolytic Products.
<https://www.fda.gov/media/89036/download>
93. Il Tempo. Covid, Pfizer ammette: "Non abbiamo testato il vaccino per fermare la trasmissione del virus". <https://www.iltempo.it/esteri/2022/10/11/news/covid-pfizer-janine-small-parlamento-ue-ammette-non-abbiamo-testato-vaccino-fermare-trasmissione-virus-33420706/>
94. KT. Tartuntatautilain väliakaisen 48 a §:n soveltaminen.
<https://www.kt.fi/sopimukset/ohjeet/sote/suoja-koronaa-vastaan-tartuntatautilaki-48a>
95. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) vaccinations.
<https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
96. Stöhr, K. The WHO global influenza program and its animal influenza network. Avian Diseases 2003, 47: 934-938. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14575090/>
97. McLean, K. Goldin, S. Nannei, C. Sparrow, E. Torelli, G. The 2015 global production capacity of seasonal and pandemic influenza vaccine. Vaccine 2016, 34: 5410-5413.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5357707/>
98. Sparrow, E. Wood, J. Chadwick, C. Newall, A. Torvaldsen, S. Moen, A. Torelli, G. Global production capacity of seasonal and pandemic influenza vaccines in 2019. Vaccine 2021, 39: 512-520. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0264410X20315851>
99. Seneff, S. Nigh, G. Kyriakopoulos, A. McCullough, P. Innate immune suppression by SARS-CoV-2 mRNA vaccinations: The role of G-quadruplexes, exosomes and microRNAs. (Preprint)
https://www.researchgate.net/publication/357994624_Innate_Immune_Suppression_by_SARS-CoV-2_mRNA_Vaccinations_The_role_of_G-quadruplexes_exosomes_and_microRNAs
100. Aldén, M. Falla, F. Yang, D. Barghouth, M. Luan, C. Rasmussen, M. De Marinis, Y. Intracellular reverse transcription of Pfizer BioNTech COVID-19 mRNA vaccine BNT162b2 in vitro in human liver cell line. Current Issues in Molecular Biology 2022, 44: 1115-1126. <https://www.mdpi.com/1467-3045/44/3/73/htm>
101. Talouselämä. Euroopan lääkevirasto EMA: Toistuvat tehosterokotteet voivat heikentää immuunivastetta. <https://www.talouselama.fi/uutiset/euroopan-laakevirasto-ema-toistuvat-tehosterokotteet-voivat-heikentaa-immuunivastetta/c8ebc022-da1c-4241-a865-821f9127f287>
102. Trumiyama, K. Miyazaki, Y. Shiozawa, S. Self-organized criticality theory of autoimmunity. PLoS One 2009, 4.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2795160/>