



16.6.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO

Viite: STM037:00/2017

Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Yleiset kommentit

Syöpäjärjestöt puoltaa terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden näkökulmasta sitä, että harvoin esiintyvien ja vaativien sairauksien hoitoon kuuluvat tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot keskitetään. Lisäksi pidämme valtaosaa asetusluonnoksessa esitetyistä esityksistä hyvin perusteltuina ja kannatettavina.

Keskittämisen mahdolliset vaikutukset perusterveydenhuoltoon tulee arvioida syövän varhaistoteamisen, hoidon sekä kuntoutuksen osalta. Samalla on suunniteltava, miten keskittämisen aiheuttamat ongelmat ratkaistaan.

Asetusluonnos käsittelee pääasiassa kirurgisen hoidon keskittämistä. Kannatamme sitä, että vaativa kirurgia keskitetään – eikä ainoastaan vaativa kirurgia, vaan vaativa syöpäpotilaan kokonaishoito. Syövän hoidossa on ensiarvoisen tärkeää moniammatillinen hoidon suunnittelu ja toteutus sekä sujuvat ja yhtenäiset hoitoketjut. Laadukas hoito ja viiveetön hoitoon pääsy on tärkeää maakunnasta ja sairaalasta riippumatta. Esitettyjen vuosittaisten leikkausmäärien sijaan on tarpeen korostaa syövän laadukasta ja moniammatillista kokonaishoitoa sekä edistää yhtenäisten laatuindikaattoreiden käyttöönottoa ja seuraamista.

Radikaali ja liian nopea kirurgisen hoidon keskittäminen on uhka syövän hoidolle. Tähän liittyy riski, että sairaalat, joissa potilaiden määrä kasvaa äkillisesti, eivät pysty hoitamaan kaikkia potilaita. Keskittäminen edellyttää hoitohenkilökunnan uudelleensijoittumista ja tästäkin syystä aikataulu on liian tiukka.

Yksityiskohtaiset kommentit

1. Kansallisen syöpäkeskuksen koordinaatio ja alueellisten syöpäkeskusten keskinäinen koordinaatio (3 § kohta 1 ja 4 § kohta 7)

Syöpäjärjestöt pitää hyvänä ehdotusta, jonka mukaan Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille keskitetään syövän ehkäisy, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen valtakunnallinen suunnittelu ja toiminnan yhteensovittaminen. (3 § kohta 1). Viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin on huolehdittava näistä tehtävistä yhteistyössä (4 § kohta 7).

Asetukseen tulisi muotoilla selkeämmin saumaton yhteys valtakunnallisen ja alueellisen toiminnan välillä. Asetusluonnoksesta tämä yhteys ei tule esille.

2. Kansallisen syöpäkeskuksen koordinaatio (3 § kohta 1) ja alueellisten syöpäkeskusten keskinäinen koordinaatio (4 § kohta 7) syövän ehkäisyn osalta

Syövän ehkäisy on osa laajempaa tarttumattomien sairauksien ehkäisyä. Valtaosa syövän ehkäisyn keinoista kuten tupakoimattomuus, terveellinen ravitsemus, riittävä liikunta ja normaalipainon säilyttäminen ovat myös muiden tarttumattomien sairauksien ehkäisyä. Syövän ehkäisyä ei ole tarkoituksenmukaista toteuttaa vain syövän näkökulmasta.



Tarttumattomien sairauksien verkosto (jossa myös THL ja STM ovat edustettuina) tekee tärkeää ehkäisytyötä. Tällä hetkellä järjestöyhteistyönä toteutettu monivuotinen Yksi elämä –hanke on näkyvästi esillä.

Sote-uudistuksen myötä terveyspalveluiden ulkopuolella tehtävä terveyden edistäminen, johon syövän ehkäisykin pääosin kuuluu, jää kuntien vastuulle. Asetustekstistä ei käy ilmi se, miten yhteys ja keskinäinen koordinaatio kansallisen syöpäkeskuksen ja alueellisten syöpäkeskusten ja toisaalta kuntien ja järjestöjen terveyden edistämistyön välillä säilyy.

Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn integroiminen sairaudenhoitoon, ehkäiseviin palveluihin ja muiden sektoreiden päätöksentekoon vaatii vielä täsmennystä.

3. Kansallisen syöpäkeskuksen koordinaatio (3 § kohta 1) ja alueellisten syöpäkeskusten keskinäinen koordinaatio (4 § kohta 7) kuntoutuksen osalta

Viime vuosikymmenien aikana syöpäpotilaiden kuntoutusta ovat toteuttaneet pääsääntöisesti Kela ja Syöpäjärjestöt (RAY:n, nyk. STEAn rahoituksella ja omalla rahoituksellaan) keskinäisessä koordinaatiossa ja päällekkäisiä toimia välttäen. Kuntoutustoiminta on sekä laitos- että avomuotoista kuntoutusta ja vuosittain järjestetään noin 150 kuntoutuskurssia (90 Kelan ja 60 Syöpäjärjestöjen järjestämänä) syöpään sairastuneille ja heidän läheisilleen. Syöpää hoitavat sairaalat eivät ole juurikaan järjestäneet kuntoutusta syöpäpotilaille ja heidän läheisilleen eikä niihin ole siten voinut kertyä syöpäpotilaiden kuntoutuksen asiantuntemusta ja kokemusta.

Asetusluonnoksesta ei käy ilmi, miten otetaan huomioon syöpäkuntoutuksen asiantuntemuksen ja laadukkaan syöpäkuntoutuksen säilyminen sekä turvataan syöpäkuntoutuksen rahoituspohja. Asetusluonnoksesta ei myöskään käy ilmi, miten Kelan ja Syöpäjärjestöjen kuntoutustoiminnan sekä kansallisen syöpäkeskuksen ja alueellisten syöpäkeskusten kuntoutuksen koordinaation välillä säilyy yhteys. Tältä osin asetustekstiä on tarpeen täydentää ja selkiyttää.

4. Seulontaohjelmien koordinaatio (4 § kohta 3)

Syöpäseulonta tulisi edelleen hoitaa alueellisena kokonaisuutena.

Mammografiaseulonnan osalta tämä tarkoittaa sitä, että sama toimija hoitaa mammografiakuvien tulkinnan ja tarvittavat varmistustutkimukset, kuten lisäkuvat, ultraäänitutkimuksen ja neulanäytteet.

Kohdunkaulan syövän seulonnassa positiivisen testituloksen jälkeiset jatkotutkimukset (kolposkopiat) toteutetaan alueellisesti ja vasta syöpäleikkaukset hoidetaan keskityssuunnitelman mukaisesti.

Seulonnan jälkeisten jatkotutkimusten keskittäminen yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin johtaisi todennäköisesti palveluiden liialliseen kuormittumiseen ja pitkiin odotusaikoihin.

Jatkotutkimuksiin lähetettävät henkilöillä ei useimmiten ole syöpää eivätkä tutkimukset yleensä edellytä vaativaa erityisosaamista.

Vaikuttavan seulontaohjelman rakentaminen, ylläpito ja kehittäminen edellyttävät keskitettyä, valtionhallintoon liitettyä ohjausta ja sidosryhmien osallistumista ja sitoutumista päätöksentekoon ja tavoitteisiin. Haluamme kiinnittää huomiota siihen, että seulontaohjelmilta puuttuu tällä hetkellä valtakunnallinen ohjaus- ja koordinaatio(organisaatio). Perustelumuiotiossa on maininta siitä, että seulontojen kokonaisprosessien laadunvarmistusta tulee tehostaa yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa, mikä on kannatettavaa. Samalla haluamme kiinnittää huomiota siihen, että Suomen Syöpäyhdistyksen yhteydessä toimiva ja THL:n pääosin rahoittama Suomen Syöpärekisterin Joukkotarkastusrekisteri seuraa seulonnan toteutumista ja laatua maassamme. Asetukseen tulee kirjata selkeämmin, miten jatkossa seulontaohjelmia ja niiden laadunvarmistusta valtakunnallisesti ohjataan ja koordinoidaan.

5. Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoido (6 §)

Leikkausten keskittäminen parantaa tutkimusten mukaan hoitotuloksia ja potilasturvallisuutta myös syövän hoidon osalta. Haimasyövän, mahasyövän, munasarjasyövän, periytyvän paksusuolisyövän, peräsuolen syövän, ruokatorvisyövän ja sarkooman leikkaushoito sekä robottiaivusteinen radikaali prostatektomia



eturauhassyövässä on syytä keskittää asetusluonnoksen mukaisesti. Erityisesti mahasyövän, haimasyövän ja ruokatorvisyövän osalta on tärkeää ottaa huomioon, että potilaat saavat tarpeellisen palliatiivisen hoidon ja hoivan viiveettömästi lähellä kotia.

Lasten ja nuorten palliatiivinen ja saattohoito (6 § kohta 19) on syytä toteuttaa keskitetysti, koska kyseessä on erityisen vaativa hoito, jossa tulee huomioida koko perheen tukeminen. Tässä yhteydessä on varmistettava myös kotisaattohoidon ja lähellä kotia tapahtuva saattohoidon mahdollisuus perheen toivomusten mukaisesti sekä varmistettava tärkeä yhteys keskussairaalaan ja/tai saattohoitokotiin. Tämä yhteys ei käy ilmi nykyisestä asetusluonnoksesta.

6. Muu keskitettävä erikoissairaanhoito. Syövän kirurginen leikkaushoito, jos leikkauksia ei ole muuten keskitetty 5 § tai 6 §:n perusteella (7 § kohta 4).

Asetustekstissä todetaan, että primaarien syöpäleikkausten määrän tulee olla rintasyövän kohdalla vähintään 150 kappaletta sekä paksusuolisyövän, munuaissyövän, papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän ja matalan riskin endometriumsyövän sekä eturauhassyövän radikaaliprostatektomian osalta vähintään 70 kappaletta vuodessa kussakin syöpäryhmässä. Pidämme kannatettavana, että näiden syöpien kirurginen hoito keskitetään, mutta esitetyt vuosittaiset tapausmäärät ovat varsin korkeat, kun otetaan huomioon Suomen väestö ja maantieteelliset olot.

Esimerkiksi esitys rintasyövän keskittämisestä sairaaloihin, joissa primäärileikkausten määrä on vähintään 150 kappaletta vuodessa, on näkemyksemme mukaan liian korkea. Rintasyövän osalta 150 vuosittaisen tapauksen suositus on kirjattu sekä Eusoman (1) että EU:n rintasyövän diagnostiikkaa ja hoitoa koskeviin suosituksiin (2). Näissä molemmissa korostetaan, että riittävä tapausmäärä on tarpeen, jotta moniammatillisen tiimin jokaisella jäsenellä säilyy riittävä ammattitaito. Eusoman suositus korostaa paitsi riittäviä tapausmääriä, myös laatuindikaattoreiden implementointia. Tämä 150 vuosittaisen tapauksen vaatimus on kirjattu lakiin vain kahdessa EU-maassa (Italia ja Tsekin tasavalta); monessa muussa maassa 150:n vuosittaisen uuden rintasyöpäpotilaan määrä tai tätä matalampi kynnsarvo on vain suositus ja valtaosassa Euroopan maista vastaavaa suositusta ei ole (3). Suomessa tehdyssä tutkimuksessa hoitoyksikön korkeampi vuosittainen rintasyöpien tapausmäärä vaikutti suotuisasti potilaiden elossaoloaikaan, kun verrattiin keskuksia, joiden tapausmäärät olivat yli 100 niihin keskuksiin, joiden tapausmäärät olivat alle 50 tai 50-99 (kuva 1) (4).

Suomen Syöpärekisterin tilastojen mukaan joihinkin luonnokseen kirjattujen harvinaisempien syöpien (kuten papillaarisen ja follikulaarisen kilpirauhassyövän) vuosittaisin suositeltuihin leikkausmääriin ei päästä edes kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa (5). Sama koskee myös haimasyöpää, koska vain osa haimasyövistä voidaan leikata, vaikka vuotuisten tapausmäärien lukumäärä olisikin riittävän korkea. Lisäksi monelle potilaalle ja läheiselle syöpäleikkaus satojen kilometrien päässä kotoa voi aiheuttaa huomattavaa raskautta.

Keskittämisasetukseen kirjattuja tapausmääriä on mielestämme syytä tarkastella uudelleen ottaen huomioon uusien syöpätapausten ilmaantuvuus ja maantieteelliset seikat.

Yksittäisten vuosittaisten leikkausmäärien sijaan on syytä korostaa moniammatillista hoidon suunnittelua, hoitoa ja seurantaa, sekä hoidon laadun ja potilasturvallisuuden korkeaa tasoa, jonka toteutumista voidaan seurata huolella valittujen laatuindikaattoreiden avulla.

Asetustekstistä ei myöskään selviä, tarkoitetaanko kirurgisen hoidon keskittämisellä vain itse leikkaushoidon keskittämistä vai koko kirurgisen hoidon prosessia. Potilaalla on runsaasti muitakin käyntejä ennen ja jälkeen leikkauksen ja epäselvää on, sisältääkö kirurgisen hoidon keskittäminen myös diagnostiikan ja jälkihoidon. Mikäli näin ei ole, vaarana on hoidon pirstoutuminen. Näiltä osin asetustekstiä on tarpeen täsmentää ja huomioida sujuvat ja yhtenäiset hoitoketjut.



Lähdeluettelo:

- (1) Wilson ARM, Marotti L, Bianchi L, et al., The requirements of a specialist Breast Centre. Eur J Cancer 2013; 49:3579-3587.
- (2) Perry N, Broeders M, deWolf C., et al., 4th Edition of the European quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. <http://www.euref.org/european-Guidelines>
- (3) Saz Parkinson Z, Bramesfeld A, Deandrea S., et al. Report of a European survey on the implementation of Breast Units. JRC Technical Report. 2017. http://ecibc.jrc.ec.europa.eu/documents/20181/22500/Breast+Units+Report_online_identifiers.pdf/d935f4b1-91b3-4543-93c8-5f74489817e4
- (4) Peltoniemi P, Peltola M, Hakulinen T, et al., The effect of hospital volume on the outcome of breast cancer surgery. Ann Surg Oncol 2011; 18(6):1684-90.
- (5) Suomen Syöpärekisteri: <https://www.cancer.fi/syoparekisteri/tilastot/ajantasaiset-perustaulukot/>

Suomen Syöpäyhdistys ry

Sakari Karjalainen
pääsihteeri, LT, dosentti

Liisa Pylkkänen
ylilääkäri, LT, dosentti