



HPär

15.6.2017

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO
kirjaamo@stm.fi
timo.keistinen@stm.fi

STM 037:00/2017

LUONNOS VALTIONEUVOSTON ASETUKSEKSI ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ

Lääkäriliitto kiittää mahdollisuudesta lausua otsikon asiasta. Sosiaali- ja terveysministeriö järjesti 3.5.2017 asiasta kuulemistilaisuuden, jossa olivat edustettuina terveydenhuollon ammattihenkilöitä edustavien järjestöjen ohella eri erikoisalaja edustavat yhdistykset ja/tai Lääkäriliiton erikoisala-kohtaiset alaosastot.

Otamme tässä lausunnossa kantaa asetusluonnoksen ehdotuksiin erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä yleisluontoisesti, ja viittaamme lääketieteen eri erikoisalojen osalta pääsääntöisesti erikoisaloja edustavien tahojen näkemyksiin.

Tähtäimessä tulevaisuuden palvelujärjestelmä

Erikoissairaanhoidon uudistuksen tavoitteena, niveltyn 1.1.2019 käynnistyvään sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmämme valtavaan uudistukseen, lienee pyrkimys rakentaa tulevaisuuteen tähtävä kokonaisuutta. Nyt lausuntokierroksella oleva ns. keskittämisasetusluonnos piirtääkin kuvaa palvelujärjestelmästä, jossa sairaaloiden profilointi ja erilaisiin sairaalayksiköihin niiden profiiliin mukaisen riittävän osaamisen ja toiminnan volyymin kokoaminen on keskeinen osa laadukkaasti ja kustannustehokkaasti toimivaa erikoissairaanhoitoa.

Asetusluonnos onkin selvästi kehittynyt pitkään kestäneen valmistelunsa myötä. Toimintojen keskittämistä ei voida toteuttaa vain ylöspäin yliopistosairaaloihin ja ympärivuorokautisesti päivystäviin sairaaloihin, vaan kaikille toimiville sairaalayksiköille tulee taata niiden profiiliin mukainen riittävä toimintavolyymi. Parempi onkin puhua ensisijaisesti työnjaosta kuin toimintojen keskittämisestä, kuten asetusluonnoksen virallinen nimi tuokin esille.

Yleistä asetuksen sisällöstä

Lausuntopyynnössä asetuksen tavoitteeksi on mainittu hoidon laadun ja potilasturvallisuuden parantaminen, yhdenvertaisen hoidon saatavuuden takaaminen ja terveydenhuollon resurssien mahdollisimman tehokas käyttö. Mainitut tavoitteet ovat erinomaisia ja kannatettavia. Harvaanasutun ja väestöltään vähäisen maamme olosuhteissa ne ovat kuitenkin osin keskenään ristiriitaisia (laatu ja kustannustehokkuus vs. saatavuus).

Keskitettävissä hoidoissa on kyse harvoin, ehkä vain kerran elämässä potilasta kohtaavista toiminnoista. Niinpä ensisijaisena kriteerinä on pidettävä laatua ja potilasturvallisuutta sekä toiminnan kustannustehokkuutta – yh-

denvertainen saatavuus erityisesti saavutettavuuden näkökulmasta on tois-sijainen, muttei toki merkityksetön sekään.

Asetuksen eräissä muotoiluissa olisi tarkentamisen varaa – aina ei esimer-kiksi selviä, tarkoitetaanko muotoilulla vain aikuisia vai myös lapsia. Lisäksi asetuksessa luetellut erilaiset keskitettävät hoidot ovat lähes pelkästään ki-rurgisia hoitoja. Haluamme huomauttaa, että myös konservatiivisen hoidon puolella on valtakunnallisestikin keskitettyjä ja ehdottomasti keskittämistä vaativia hoitoja, mm. kantasolusiirrot tai vaikkapa eräät infektiot. Lisäksi on syytä muistaa, että laadun vaatimuksen tulee koskea terveydenhuollossa aivan kaikkia toimijoita ja toimintoja – ei pelkästään keskitettäviä erityista-son hoitoja tai pelkästään julkisia toimijoita.

Nyt asetuksella luotavat kriteerit lienevät pääasiallisesti perusteltuja nykyi-sen palvelujärjestelmämme ja sen toiminnan näkökulmasta. On kuitenkin syytä pitää mielessä lääketieteellisen teknologian nopea kehitys. Asetusta tulee siis olla valmius kehittää teknologian tai väestörakenteen ja hoidon tarpeen muuttuessa, sen lisäksi että sote -uudistuksen voimaantulo edellyt-tää vähintäänkin asetuksen teknistä päivittämistä.

Valtakunnallinen työnjako ja yliopistosairaaloiden tehtävät

Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido koottaisiin pitkälle nykyi-sen käytännön mukaisesti vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaa-laan. Tällaisia keskitettäviä hoitoja olisivat toimenpiteet, joita tehdään vä-hemmän kuin 50 vuodessa. Tämän lisäksi asetusluonnoksen 5 § 2 mom. sisältää yhteensä 15 kohdan luettelon vähempään kuin viiteen yliopistolli-seen sairaalaan keskitettävistä tehtävistä. Pidämme suunnitelmaa perustel-tuna.

Käytännössä yliopistollisten sairaanhoitopiirien tulisi asetuksen mukaan so-pia keskenään ainakin em. tehtävien keskittämisestä. Toimintamalli on si-nällään kannatettava, vaikka kokemukset sopimispohjalta toteutuneesta työnjaosta eivät kaikilta osin olekaan onnistuneita. Asetuksen 8 §:ssä sää-detäänkin niin valtakunnallisen kuin alueellisen keskittämisen toteutumisen seurannasta ja tähän liittyvistä sairaanhoitopiirien velvoitteista. Asetusluon-noksen perustelumistiössä tuodaan esille, että valtiovalta tulee huolehti-maan ehdotetun työnjaon ja keskittämisen toteutumisesta niin informaatio-, resurssi- kuin säädösohjauksenkin keinoin, mikä onkin välttämätöntä toteu-tuksen varmistamiseksi suunnitellulla tavalla.

Mainitun 5 § 3 mom. sisältää 5 kohdan luettelon HYKS:iin keskitettävistä tehtävistä. Luettelo vastaa voimassa olevaa keskittämisasetusta, vain al-kiodiagnostiikka on uutta nykyiseen asetukseen verrattuna. Em. keskittämi-nen on käsityksemme mukaan perusteltua. Lisäksi kullekin yliopistosairaa-lalle säädettäisiin valtakunnallisia koordinaatiotehtäviä. Käsittääksemme ehdotettava työnjako koordinaatiotehtävissä pitkälle kuvastaa muotoutunut-ta käytäntöä ja vaikuttaa siten sekin tarkoituksenmukaiselta.

Asetusluonnoksen 4 §:ssä määritellään yliopistosairaaloiden vastuulla ole-via tehtäviä osana alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteensovit-tamista. Pykälän 1 mom. yhteensä 12 kohtaa käsittävä luettelo on muuten perusteltu, mutta kohta 11 ("Vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antami-nen") herättää ihmetystä poiketen pykälän muusta, alueelliseen koordinaa-tioon liittyvästä sisällöstä.

Valviran lopettaessa vuonna 2011 tuomioistuinten pyytämien vakuutuslää-ketieteellisten lausuntojen antamisen tehtävä siirtyi yliopistollisille sairaan-

hoitopiireille 30.6.2017 päättymään suunnitelluksi siirtymäajaksi. STM:n perustaman Vakuutusasioiden käsittelyn neuvottelukunnan toimenpideehdotuksen mukaan ajatuksena lienee ollut erillisen puolueettoman tahon perustaminen antamaan vakuutuslääketieteellisiä lausuntoja.

Ko. vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antaminen on ollut huomattavan aikaa vievää erityisesti neurologian erikoisalalla, häiriten sairaaloiden normaalia toimintaa. Kannatamme neurologian alaosaston aiemmin esittämää ajatusta STM:n alaisen asiantuntijaryhmän perustamisesta vakuutuslääketieteellisten lausuntojen laatimiseen. Ko. toiminta tulee rahoittaa valtion taroitusta varten varatulla rahoituksella.

Alueellinen työnjako ja keskittäminen

Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito on tarkoitus koota viiteen yliopistosairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan taikka ympärivuorokautista yhteispäivystystä ylläpitäviin yksiköihin säädettävien kriteerien mukaisesti.

Terveystieteisiin tehdyillä muutoksilla maahan on tarkoitus luoda 12 laajan ympärivuorokautisen päivystyksen yksikköä, joihin on tarkoitus keskittää päivystysaikainen leikkaustoiminta pääsääntöisesti. Loput kahdeksan nykyisestä keskussairaaloista jäisi suppeamman ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteispäivystyksen yksiköiksi, joihin puolestaan on tarkoitus keskittää muu leikkaussaliolosuhteita ja anestesiaa vaativa leikkaustoiminta. Näin kaikki operatiivinen toiminta lopetettaisiin nykyisistä aluesairaaloista tai vastaavista.

Nyt lausuntokierroksella olevaa keskittämisasetusta valmisteltaessa ajatuksena tuntui olevan pyrkimys keskittää alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito yliopistosairaaloiden ohella muihin laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaaloihin. Pidämme tarkoituksenmukaisena, että tästä kategorisesta ajatuksesta on nyt lausunnolla olevassa asetusluonnoksessa luovuttu, ja sen sijaan keskittämisen lähtökohtana on toiminnan laadun ja kustannustehokkuuden takaaminen. Huomautamme kuitenkin, että kaikissa synnytyksiä hoitavissa sairaaloissa tulee olla valmiudet ja mahdollisuudet hätäsektioiden ohella muuhunkin päivystysleikkaustoimintaan ympärivuorokautisesti.

Kriteereinä asetusluonnoksessa käytetään toimenpiteiden määrää vuodessa joko valtakunnallisesti tai toimintayksikköä kohden. Asetusluonnoksen 6 §:ssä ehdotetaan toimenpiteet, joita valtakunnallisesti tehdään enintään 200 vuodessa, keskitettäväksi ensisijaisesti yliopistosairaaloihin ja toissijaisesti muihin vastaaviin sairaaloihin. Tämän lisäksi ko. pykälän 2 mom. sisältää yhteensä 21 kohdan luettelon vastaavalla tavalla keskitettävistä tutkimuksista ja hoidoista, painottuen kirurgisiin hoitoihin ja endovaskulaarisiin toimenpiteisiin.

Vaikkakin luodut kriteerit – esimerkkinä vaikkapa transkatetriset kardiologiset toimenpiteet ja niiden edellytyksenä avosydänkirurginen valmius – voivat vaikuttaa nykyisellään perustelluilta, on hyvä muistaa lääketieteellisen teknologian nopea kehitys. Asetusta tulee siis olla valmius kehittää teknologian – tai väestörakenteen ja hoidon tarpeen – muuttuessa, kuten olemme aiemmin todenneet. Oleellisinta onkin osata käyttää uutta teknologiaa laadukkaasti, potilasturvallisesti ja tehokkaasti.

Vastaavasti asetusluonnoksen 7 §:ssä luetellaan erälle kirurgisille toimenpiteille (ortopedia ja syöpäkirurgia) yksikkökohtaiset vuotuiset minimimää-

rät. Määräkkriteerit voivat olla yleisellä tasolla perusteltu tapa luoda kriteerejä toiminnan vähimmäislaadulle tai kustannustehokkuudelle, mutta sen liian kategorinen noudattaminen ei reaalielämässä ole mahdollista harvaan asutussa maassamme. Kuulemistilaisuudessa esitetyn mukaan käytetyillä laatu-kriteereillä toimintoja keskitettäisiin alueellisesti noin 15 sairaalaan, mikä yleisesti kuulostaa varsin tarkoituksenmukaiselta niin ympärivuorokautisen päivystyksen kuin synnytystoiminnan tarkoituksenmukaisen ja turvallisen järjestämisen kannalta. Onkin syytä todeta, että erikoissairaanhoidon ympärivuorokautisen päivystyksen laadukkaan ja kustannustehokkaan järjestämisen, synnytystoiminta mukaan lukien, tulee olla keskeinen ajuri palvelujärjestelmämme kehittämisessä.

Kuitenkin esimerkiksi naisten yleisimmän syövän, rintasyövän, primaarileikkauksen kriteerin nostaminen kategorisesti eurooppalaisen standardin mukaiselle 150 vuotuisen leikkauksen tasolle merkitsisi, että yhdessä laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaalassa (Lapin keskussairaala Rovaniemellä) ei voitaisi primaaria rintasyöpäkirurgiaa tehdä. On täysin mahdollon ajatus, että koko pohjoisen Suomen primaari rintasyöpäkirurgia keskitettäisiin vain Oulun yliopistolliseen sairaalaan. Vastaavasti ehdotetut syöpäkirurgian kriteerit tarkoittaisivat GI -syöpäkirurgian osalta käsittäksemme sitä, ettei edes osassa laajan ympärivuorokautisen päivystyksen sairaaloita pystytä noita määrällisiä kriteereitä täyttämään. Onkin siis joko tarkasteltava määrällisiä kriteereitä ohjaavina eikä kategorisina, tai vaihtoehtoisesti alennettava niitä erikoisalayhdistysten näkemyksiä kuunnellen.

Henkilöstön asema

Valmisteilla oleva palvelujärjestelmämme muutos, johon lausuntokierroksella oleva asetusluonnoskin liittyy, tulee merkitsemään suurta muutosta terveydenhuollon henkilöstölle. Sairaalayksikköjen määrä vähenee ja profiili muuttuu. Vaikka mainitut muutokset kokonaisuuden kannalta ovat välttämättömiä, henkilöstön asema muutoksessa on otettava huomioon.

Muutokset tulevat merkitsemään henkilöstölle työpaikkojen ja mahdollisesti myös työtehtävien tai ainakin työnkuvien muutosta. Se saattaa edellyttää muuttamista toiselle paikkakunnalle työn perässä, tai merkitä työmatkojen pidentymistä. Käytännössä moni erikoislääkäri tulee jatkossa myös työskentelemään useammassa työntekemisen paikassa eri paikkakunnilla, joten muutos voi tarkoittaa heille jatkuvaa matkalaukkuelämää.

Henkilöstö ja sen edustajat onkin otettava mukaan muutoksen suunnitteluun ja toteutukseen myös alueellisesti. Muutoksen onnistunut läpivienti edellyttää muutostukea ja -turvaa. Muutoksiin liittyy väistämättä myös tarve käydä työmarkkinaosapuolten välillä työ- ja virkaehtosopimusten mahdollisia muutoksia koskevat neuvottelut.

Lääkärikoulutus ja lääkärien osaaminen

Erikoissairaanhoidon toimintojen ja päivystyksen keskittämisellä on väistämättä vaikutuksia lääkärikoulutukseen. Toimintojen keskittäminen merkinnee sitä, että nykyistä suurempi osa erikoislääkärikoulutuksesta tapahtuisi sairaaloissa, joihin erikoissairaanhoidon toimintoja alueellisesti keskitetään. Nykyisillä lääkäriopiskelijamäärillä tämä todennäköisesti tarkoittaisi ruuhkaa näiden sairaaloiden erikoistumisvirkoihin ja siten erikoislääkärikoulutuksen huomattavaakin pidentymistä.

Lääkärikoulutusmäärien kasvattamisen myötä myös lääkärien peruskoulutusta on viime vuosina hajautettu yliopistosairaaloista muihin terveyden-

huollon toimintayksiköihin. Toimintojen keskittäminen ja sairaaloiden uudenvuodenlainen profilointi voi siten edellyttää muutoksia myös nykyiseen lääkärien peruskoulutuksen toimintamalliin.

Aivan keskeistä on huolehtia siitä, että huolimatta sairaaloiden kaavaillusta työnjaosta ja eräiden toimintojen keskittämisestä lääkärien perus- ja erikoistumiskoulutuksen laatu, samoin kuin lääketieteellisen tutkimuksen edellytykset, turvataan.

Sairaaloiden uudenvuodenlainen profiloituminen ja toimintojen suurempi keskittäminen johtavat lääkärien työnkuvien eriytymiseen eri yksiköissä – ja sitä kautta osaamisen eriytymiseen. Suppeamman ja ”matalamman” profiilin sairaaloissa työnkuvat voivat muodostua erikoislääkäreille suppean rutiininomaisiksi ja sairaalat siten asiantuntijoiden näkökulmasta vähemmän houkutteleviksi. Toisaalta vaarana voi ”korkean profiilin” yksiköissä olla työn vaatavuuden ja kuormittavuuden kohtuutonkin lisääntyminen.

Sinällään tarpeellisen ja väistämättömänkin muutoksen myötä on huolehdittava jatkuvasta osaamisen kehittämisestä eri yksiköissä. Huomiota on kiinnitettävä työn mielekkyyteen ja houkuttelevuuteen, sekä työkuormituksen hallintaan.

Kustannussäästöt ja voimaantulo

Ehdotettavalla työnjaolla yhdessä päivystysuudistuksen ja ensihoidon uudistusten kanssa tavoitellaan merkittäviä kustannussäästöjä erikoissairaanhoitomme toiminnassa. Lääkäriliiton näkemyksen mukaan tavoitellut kustannussäästöt vaikuttavat ainakin lyhyellä tähtämällä epärealistisilta. Pitemmällä tähtämällä merkittäviäkin kustannussäästöjä järkevästi palvelujärjestelmää kehittämällä ja tarkoituksenmukaisesti erityistason toimintoja keskittämällä voidaan toki saavuttaa. Kustannussäästötavoitteet tulee – kuten asetusluonnoksen perustelumuiotiossa todetaan – toteuttaa tavalla, joka ei johda potilaiden hoitamatta jättämiseen!

Lausuntokierroksella olevien säädösmuutosten on tarkoitus tulla voimaan ensi vuoden alusta siten, että asetusluonnoksen 7 §:lle (ortopedian ja syöpäkirurgian yksikkökohtaiset vuotuiset minimimäärät) tulisi puolen vuoden siirtymäaika 1.7.2018 saakka.

Tarkoituksenmukaisemmalta mielestämme tuntuisi, että käynnissä olevan suuren sote -mullistuksen vuoksi asetuksen voimaantuloa joko lykättäisiin 1.1.2019 saakka, tai vähintäänkin sallittaisiin ainakin 7 §:lle siirtymäaika vuoden 2019 alkuun saakka. Tämä olisi perusteltua jo pelkästään sen vuoksi, että toimintojen siirtyessä vastaanottavat sairaalat olisivat riittävästi resursoituja niin henkilöstön, tilojen kuin laitteidenkin osalta siten, etteivät potilaiden hoitoon pääsyajat edes tilapäisesti pitenisi.

Kunnioittaen

SUOMEN LÄÄKÄRILIITTO ry.



Marjo Parkkila-Harju
puheenjohtaja



Heikki Pärnänen
johtaja