

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 Valtioneuvosto

kirjaamo@stm.fi

Viite: Lausuntopyyntö 30.12.2019, VN/14883/2019-STM-1

LAUSUNTO LUONNOKSESTA VALTIONEUVOSTON ASETUKSEKSI ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ ANNETUN ASETUKSEN MUUTTAMISESTA.

Sosiaali- ja terveysministeriö on pyytänyt lausuntoa luonnoksesta valtioneuvoston asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta (VN/14883/2019). Kiitämme mahdollisuudesta tuoda oma näkemysemme esiin.

Luonnoksessa on sekä lievennyksiä mutta osin huomattavia kiristyksiä (pykälässä 6 on jätetty pois lisäklauzuuli :”tai vastaavaan yksikköön”). 6§:ää ei ole muutoin lainkaan avattu muuta kuin em. kiristyksellä, mitä pidämme potilaiden hyvän hoidon kannalta kestävämmän. Jaamme toki näkemyksen, että harvinaisten tautien hoito on mielekästä keskittää tertiäaritason erikoissairaanhoidon, mutta mielestämme pykälän 6 sairauksien hoito ei kaikin osin siihen kuulu. Luonnoksen lievennyksesiä pidämme asianmukaisina.

Keskittämisasetusluonnos ei nykymuodossaan tuo kansantaloudellisesti säästöjä. Keskittämisasetuksen ja lausuntokierroksella olevassa luonnoksessa esitetyt lukumäärät eivät perustu mihinkään tutkittuun tietoon. Tuoreessa STM:n raportissa todetaan, että säästön syntyminen edellyttää, että yksiköissä, joista toimenpiteitä siirtyy pois, luovutaan resursseista. Tähän ei kuitenkaan ole käytännössä mahdollisuuksia, sillä elektiivisten leikkausten määrän vähentämisestä huolimatta lääkärihakansseja ei todennäköisesti voitaisi vähentää. Nordic Healthcare Groupin laskeman arvion mukaan asetus koskee 10–30 prosenttia salitunneista, niillä aloilla mitä esitys koskee ja erikoisalasta riippuen, ja tällöin yksittäisen kirurgin työt vähenevät, mutta eivät lopu kokonaan. Riski olisi myös ilmeinen, että vastaanottavassa laitoksessa jouduttaisiin resursointia lisäämään. Riskiä lisää myös lääkärin huono liikkuvuus työnperässä.

Toinen huomionarvoinen asia on, että päivystysasetus edellyttää laajan päivystyksen sairaaloilta hyvää päivystysvalmiutta, joka on ristiriidassa keskittämisasetuksen kanssa. Elektiivisen toiminnan voimallinen rajoittaminen heikentäisi ajan myötä kykyä hoitaa vaativia tilanteita, jonka seurauksena päivystystilanteiden hoitaminen turvallisesti ja laadukkaasti vaarantuisi. Kun tietotaito on riittävästi rapautunut, kasvaa läheteiden määrä yliopistosairaaloissa, kun potilaita ei enää hoideta eikä myös välttämättä osata enää diagnosoida vaan lähetetään suoraan eteenpäin yliopistosairaalaan, jossa syntyy kestävämpiä jonoja. Tästä esimerkkinä on tulehduksellisten suolistosairauksien hoito, joka on hyvin päivystyspaineista, ja ilman elektiivistä toimintaa myös päivystyksellisten tilanteiden hoitovalmius heikenee. Sairaalassa, jossa on kattava moniammatillinen lähestymistapa tulehduksellisten suolistosairauksien hoitoon, tulee myös jatkossa saada leikata elektiivisesti eikä pelkästään päivystyksellisesti varsin laajaa potilasmäärää. Jos näin ei tapahdu, suuri osa diagnoosivaiheen potilaista siirtyy seuraavalle hoitotasolle, eli yliopistoklinikkaan.

Yleisesti ottaen esitetyt luvut säätelevät yksikössä tapahtuvien toimenpiteiden määrää, ei yksittäisten leikkaavien lääkärin tai tiimien toimenpidemääriä.

Leikkausmäärät ja hoidon laatu ja vaikuttavuus voivat täten keskussairaalan kirurgia kohden olla jopa suuremmat/paremmat kuin yliopistosairaalassa. Luvuissa ei myöskään ole arviota minkä verran työtä kokonaisuudessaan siirtyy leikattavien lisäksi ja mikä on kokonaisresurs- sin tarve yliopistosairaalassa, kun myös diagnoosi- ja valmisteluvaiheen potilaat siirtyvät sin- ne.

Peräsuolen syövän osalta Vaasan hoitotulokset ovat valtakunnallisesti erinomaisia. Hoidot voidaan antaa kokonaisuudessaan Vaasassa, missä on Suomen suurin onkologinen profes- sorijohtoinen yksikkö, joka pystyy toteuttamaan kaikki onkologiset tukihoidot. Peräsuolikirur- gian osaaminen tulee säilyttää Vaasan laajan päivystyksen sairaalassa, missä hoitokokonai- suudet ja hoitokäytännöt ovat yhtenäiset erityisvastuualueen yliopistosairaalan kanssa. Syövän hoidon pirstaloiminen eri yksiköihin vaikeuttaa moniammatillisen hoidon toteuttamista mm. siten, että eri tukihoidoja ei välttämättä pystytä toteuttamaan tutkimuksiin perustuvien parhaiden aikaikkunoiden puitteissa. Nyt erittäin jouhevasti ja tehokkaasti toteutuvaa hoito- ketjua ei tule hajottaa ja alkaa rakentaa uutta erinomaisesti toimivan tilalle, koska siitä kärsi- vät potilaat.

Samoin kuin pykälässä 6 myös 7§:n urologiaa koskevat lukumäärät tulee muuttaa/poistaa muita lievennyksiä vastaaviksi. Esitetty kokonaislukumäärä prostatektomioiden ja munuaisten poistojen vuotuisesta määrästä ei perustu mihinkään tutkittuun faktaan. Vaasan keskussairaa- lassa on käytössä sama laadunseurantajärjestelmä kuin Turun yliopistollisessa sairaalassa, ja tulokset ovat vertailukelpoisia. Pienemmässä sairaalassa myös tekijäkohtaiset toimenpi- demäärät ovat usein suurempia kuin isoissa keskuksissa, kun vastuutoimintoja on keskitetty. Sinänsä merkittävää, että urologian osalta ei huomioida lainkaan muita munuaisleikkauksia, jotka ovat usein syöpäleikkausta vaativampia. Koko syöpäpotilaan hoitopolku voidaan toteut- ta laadukkaasti kokonaisuutena Vaasassa, missä on mm. Suomen modernein PET-laite.

Asetuksen muutosesityksessä ei ole otettu lainkaan huomioon urologian osaamisen säilymis- tä laajan päivystyksen sairaaloissa. Jos munuaissyövän kohdalla ei tule mitään lievennystä lukumäärissä, loppuu kyseinen osaaminen vähitellen kokonaan laajan päivystyksen sairaa- loissa, jolloin esim. rakko- ja uretervaurioiden korjaamista ei enää osata urologisen laparo- skoopin toiminnan näivettyessä. Tällöin vaarana on, että kaikki ko. alueen potilaat lähete- tään yo-klinikkaan, jolloin sinne syntyy kestävä jono myös urologian osalta. Tämä syntyy siitä, että myös diagnostisessa vaiheessa olevia potilaita siirtyy, koska tieto-taito on hävinnyt keskussairaalaan. Kaikkien tiedossa on, että aktiivinen keskussairaala vähentää yo-klinikan paineita selvittää potilasmäärästä. Tästä aiheutuu potilaille kohtuutonta haittaa ja todennäköi- sesti huonompia hoitotuloksia.

Niin kauan kuin maastamme puuttuvat kansalliset laaturekisterit, ei hoitotuloksia voida laaja- alaisesti vertailla. Esimerkiksi olkapään tekonivelleikkauksia on Vaasassa tehty viiden vuo- den aikana yhteensä 118 kappaletta, ilman yhtään primaarikomplikaatiota tai tarvetta uusin- taleikkaukselle. Ilman laadullista näkökulmaa vaarannetaan erikoissairaanhoidon tasoa.

Elektiivisen toiminnan väheneminen tuo kustannustehottomuutta kahta kautta. Se on ensin- näkin merkittävä tulonsiirto yliopistosairaalaan, johon syntyy samalla resurssitarve, jota ei välttämättä ole helppo täyttää. Samaan aikaan keskussairaalassa pitää olla riittävä kirurgi- miehitys, jotta muu potilashoito ja ennen kaikkea päivystysvelvoite voidaan toteuttaa. Osa- ajien rekrytointia asetukset ei helpota lainkaan. Luonnoksen kustannusvaikutukset olisivat pelkäs- tään keskussairaalaan arviolta vähintään kahden miljoonan luokkaa, todennäköisesti paljon

enemmän. Lisäksi aiheutuisi runsaasti kuljetuskustannuksia. Usein kyseessä ovat hauraat haavoittuvassa asemassa olevat vanhukset. Näiden potilaiden siirtely useita satoja kilometrejä toimenpidettä varten sotii erikoissairaanhoidon 35§ vastaan. Edestakainen matka yliopistosairaalaan on 680 km. Laissa todetaan, että on otettava huomioon sairaalan ja potilaan kodin välinen etäisyys sekä mahdollisuuksien mukaan potilaan oma taikka hänen omaistensa hoitopaikkaa koskeva toivomus. Edelleen laissa todetaan, että erityistä huomiota on myös kiinnitettävä potilaan hoidon järjestämiseen hänen omalla äidinkielellään. Vaasa on ainoa sairaala Suomessa, missä voidaan taata, että koko potilaan hoitopolku toteutuu hänen äidinkielellään, niin että hän voi ymmärtää hoidon eri vaiheet ja osallistua omaan hoitoonsa. Tämä on tärkeää huomioida potilasturvallisuuden näkökulmasta.

Pidämme hyvin valitettavana ja korjausta vaativana sitä, että luonnos ei lisää mahdollisuutta sopia ERVA-tasolla laajemmin varsinkin tässä lausunnossa esille tuoduista toimenpiteistä ja hoitokokonaisuuksista. Asetusta on perusteltu laadun parantamisella, mutta sille ei ole esitetty mitään luotettavaa näyttöä saatikka selvitystuloksia. Mielestämme jo olemassa oleville näytöille, kuten Vaasan hyvillä tuloksilla ylläesitettyjen syöpien hoidossa tulee antaa asianmukainen painoarvo. Kirurgian keskittäminen kovilla vaatimuluvuilla johtaa huonoon lopputulokseen, kun vaakakupissa ovat keskussairaalan toimintakyky ja laadukas hoito potilaiden parhaaksi sekä alueen kokonaisuhyöty. Lisäksi yliopistosairaaloille luodaan kestävä tilanne sekä tilojen että henkilökunnan kannalta, kun hyvin runsaasti potilaita siirtyy leikattavien lisäksi keskussairaalaan yliopistosairaalaan aiheutetun tieto-taitovajeen takia.

Laajan päivystyksen sairaaloiden pitää voida jatkossakin sopia yhteistyöstä erityisvastuualueen yliopistosairaalan kanssa laajemmin kuin asetuksessa nyt ehdotetaan. Keskittämisen pitäisi perustua laadukkaaseen osaamisperusteiseen keskittämiseen, joka turvaa myös keskussairaaloiden tulevaisuuden päivystävinä sairaaloina ja takaa laadukkaan kiireellisen hoidon keskussairaalapiirien kansalaisille.

Edellä mainittujen seikkojen lisäksi Vaasan sairaanhoitopiiri ehdottaa, että sosiaali- ja terveysministeriössä otettaisiin huomioon erityisesti terveydenhuoltolain 45 § kohta terveydenhuollon laadusta, potilasturvallisuudesta ja vaikuttavuudesta hoitojen keskittämisen perusteluna ja siihen liittyen edistettäisiin kansallisesti sovittavia menettelyjä ja mittareita potilasturvallisuuden ja laadun seurantaan.

Terveydenhuollon toimintayksiköiden säännöllinen yhtenevin periaattein toteutettu laadun ja potilasturvallisuuden seuranta mahdollistaisi lausunnolla olevan asetuksen sisältöjen arvioinnin tosiasiallisen seurantatiedon perusteella, jolloin hoitojen keskittämistä voisi perustella yksikkökohtaisella tiedolla, tai vertailutiedon pohjalta voisi hoidon ja palvelujen laatua parantaa heikoiten suoriutuvissa yksiköissä.

Suomessa ensimmäisen kansallisen potilasturvallisuusstrategian (2009–2013) aikana Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos nimettiin potilasturvallisuustyön kansalliseksi toimijaksi, mutta se luopui koordinaatiotehtävistä vuonna 2015. Uusi kansallinen potilas- ja asiakasturvallisuusstrategia on annettu valtioneuvoston periaatepäätöksenä vuosille 2017–2021. Toimeenpanosuunnitelma on julkaistu äskettäin (STM raportteja ja muistioita 2020:1). Toistaiseksi käytännön toimeenpanon kansallinen koordinaatio ja toimeenpanon resurssituki potilasturvallisuutta edistäville suunnitelmille puuttuvat.

Vaasan sairaanhoitopiiri on panostanut järjestelmällisesti potilasturvallisuuden kehittämiseen ja hyvien käytänteiden toimeenpanoon sekä tutkimukseen mm. seurantaindikaattoreista ja niiden kehittämisestä, perustanut potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämisselkän ja

käynnistänyt valtakunnallisen asiantuntijaverkoston sekä hakenut hankerahoitusta potilasturvallisuuden tilannekuvan selvittämiseksi. Vaasan sairaanhoitopiirille on sovittu potilasturvallisuuden ja laadun koordinaatiotehtävä Turun yliopistollisen keskussairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa vuodesta 2012 alkaen.


Sairaanhoitopiirin kaksikielisyys mahdollistaa kielellisten vaatimusten huomioimisen ainutlaatuisella tavalla. Vaasan sairaanhoitopiirin kuntien hyväksymä perussopimusmuutos hyvinvointikuntayhtymäksi luo rakenteellisen pohjan perusterveydenhuollon-, sosiaalihuollon ja erikoissairaanhoidon integraation kautta alueen potilas- ja asiakasturvallisuuden kehittämiseksi kokonaisuutena, mukaan lukein palveluketjujen yhdyspinnat ensihoidossa ja päivystyksessä. Alueellinen yhteistoiminta, Vaasan sairaanhoitopiirin toimintamallit ja asiantuntemus sekä syntynyt asiantuntijaverkosto luovat pohjan potilas- ja asiakasturvallisuuden menettelyjen ja indikaattoreiden kehittämiseksi sekä potilas- ja asiakasturvallisuuden edistämiseksi.

Vaasan sairaanhoitopiiri pitää tärkeänä, että kansallinen koordinaatiotehtävä potilasturvallisuuden tason seurannasta ja edistämisestä osoitettaisiin jollekin sairaanhoitopiirille. Koordinaatiotehtävä on tarpeellinen sekä keskittämisasiänsä että valmistelussa olevan sote-rakennemuutoksen vaikutusten seuraamiseksi.



Vaasassa 18.2.2020



Marina Kinnunen, johtaja, VSHP


Christian Kantola, vt johtajaylilääkäri, VSHP

Peter Nieminen, operatiivisen vastualueen johtaja, VSHP


Jan Andersén, gastrokirurgian ylilääkäri, VSHP
Christian Palmberg, urologian ylilääkäri, VSHP
Erno Lehtonen-Smeds, ortopedian ylilääkäri