

Lausunto sosiaali- ja terveysministeriölle koskien valtioneuvoston asetusta erikoissairaanhoidon työn jaosta eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamiseksi

## Johdanto

Valtioneuvoston vuonna 2017 antama keskittämisasetus on vaarantamassa Suomen keskussairaaloiden päivystystoiminnan ja päivittäisen toimintakyvyn tulevaisuudessa. Suomessa keskussairaalat vastaavat noin 2,2 miljoonan ihmisen erikoissairaanhoidosta ja päivystyksen turvaamisesta joka päivä 24/7.

Päivystysasetuksessa on annettu määräykset päivystävän sairaalan valmiuksista hoitaa vakavasti sairastuneet vuorokauden ajasta riippumatta. Tämä toiminta edellyttää osaavaa ja riittävää määrää erikoislääkäreitä päivystävissä sairaaloissa. Myös osaamisen tason tulee olla riittävä, jotta hoito vastaa tarvetta. Suomessa ovat tähän asti keskussairaalat pystyneet tähän haasteeseen vastaamaan varsin hyvin ja erikoisosaaminen on ollut riittävän kattavaa.

Me päivystävien keskussairaaloiden vatsaelinkirurgiasta vastaavina ylilääkäreinä olemme mahdottoman tehtävän edessä. Toisaalta meidän tulisi turvata koko Suomessa laadukas päivystystoiminta ja toisaalta meiltä viedään edellytykset sen toteuttamiseen rajaamalla kohtuuttomasti yleisimpien syöpien hoidon osalta.

Vuoden 2017 keskittämisasetuksessa on siirretty keskussairaaloista yliopistosairaaloihin sellaisten sairauksien hoitoa, jotka ovat vatsaelinkirurgiassa yleisiä ja joiden hoito on ollut laadukasta tähänkin asti kansainvälisillä mittareilla mitattuna myös keskussairaaloissa. Keskussairaalat ovat olleet merkittäviä syövän hoidon tuottajia. Vuonna 2017 keskussairaalasairaanhoitopiireissä diagnosoitiin 964 paksusuolisyöpää (yö-sairaanhoitopiireissä 1162 diagnoosia) ja 498 peräsuolisyöpää (YO-sairaanhoitopiirit 712 diagnoosia). Näin ollen paksusuolisyöpäpotilaista hieman vajaa puolet ja peräsuolisyöpäpotilaista noin 41% hoidettiin keskussairaaloissa. Suomessa syövän hoito on ollut korkeatasoista jo ennen keskittämisasetusta. Ennen keskittämisasetuksen laatimista ei millään tavoin ole osoitettu, että syövän hoidon laatu olisi keskussairaaloissa huono. Hoidon tason ei voida olettaa muuttuvan keskittämisen seurauksena näiden yleisien tautien hoidossa. Päinvastoin on odotettavissa hoitoaikojen piteneminen ja hoidon viivästyminen, kun liika keskittäminen syö yliopistosairaaloiden resurssit. Huomionarvoista on myös se, että potilaiden kohtelu ei ole tasa-arvoista: osa potilaista joutuu hakemaan palvelut hyvinkin kaukaa asuinpaikastaan keskittämisen seurauksena. Mikäli hoidon laatu lähikeskussairaalassa on yhtä hyvä kuin yliopistosairaalassa, on jopa epäeettistä ohjata potilaat kauaksi asuinpaikastaan.

Keskittämisen myötä myös työkuva keskussairaaloissa tulee muuttumaan niin rajusti, että se ei enää todennäköisesti kiinnosta vatsaelinkirurgiaan erikoistuvaa lääkäriä, varsinkaan yhdistettynä raskaaseen päivystysvastuuseen. Jotta kirurgi on valmis vaativaan päivystystyöhön, on hänellä oltava myös riittävän vaativa päivätyö, joka kehittää ja ylläpitää valmiuksia hoitaa päivystysaikana eteen tulevat ongelmat. Vatsaelinkirurgin työ keskussairaalassa on erilaista kuin yliopistosairaalassa, jossa lääkärin työpanos voidaan suunnata yhteen osaamiskenttään. Keskussairaalassa kirurgit ovat moniosaajia, heillä on laaja kokemus ja heidän leikkausmääränsä on usein selkeästi suurempia kuin yliopistosairaalassa.

Pääministeri Marinin hallituksen hallitusohjelmassa on sovittu, että keskussairaaloiden päivystystoiminta ja osaajien riittävyys turvataan tarvittaessa erityisin päätöksin (koskien niin sanottua keskittämisasetusta) vaarantamatta sosiaali- ja terveydenhuollon toimivaa kokonaisuutta tai potilasturvallisuutta.

Tämän vuoksi Sosiaali- ja terveysministeriö suunnittelee terveydenhuoltolain keskittämisasiasetukseen muutoksia.

Me keskussairaaloiden vatsaelinkirurgiasta vastaavat ylläkärit pidämme myönteisenä sitä, että nykyiset keskittämisasiasetuksen heikkoudet ja ongelmat on huomioitu. Olemme kuitenkin sitä mieltä, että ehdotettu asetuksen muutos on riittämätön hallitusohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi. Asetusehdotus ei turvaa riittävän itsenäistä päätöksentekomahdollisuutta keskussairaaloille ja voi johtaa epätasa-arvoiseen potilaiden kohteluun hoidon saatavuuden kannalta.

## Muutosehdotus

Koska päivystysasetuksen ja keskittämisasiasetuksen välillä on merkittävä ristiriita, tulisi vuonna 2017 annettu keskittämisasiasetus sellaisenaan kumota. Suurin osa asetuksen sisällöstä on toteutunut Suomessa jo ilman asetustakin pykälien 2-5 osalta. Sen sijaan pykälien 6 ja 7 määräykset johtavat laadukkaan erikoissairaanhoidon kirurgisen toiminnan alasajoon keskussairaaloissa, jonka seurauksena laadukasta kirurgista päivystystä ei voida turvata isossa osaa Suomea.

Mikäli kuitenkin katsotaan, että keskittämisasiasetusta ei voida kokonaisuudessaan kumota, niin vatsaelinkirurgian toiminnan kannalta ehdotamme seuraavia muutoksia asetuksen 6 ja 7 pykälään.

- 1.) Peräsuolisyövän hoito siirretään pykälän 7 alaisuuteen ja leikkaushoidon vähimmäismääräksi säädetään 20-25 kappaletta. Edelleen lukumäärä voidaan alittaa, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa katsotaan välttämättömäksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi turvata palveluiden kiireellinen saanti. Edelleen monielinresektiota edellyttävät leikkaukset keskitettäisiin yliopistosairaaloihin. Tällöin sairaalassa tulee olla soveltuvan kirurgisen erikoisalalan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen ja hoidon kokonaisuus. Jo vuoden 2017 asetusta säädettyä Suomen Gastrokirurgiyhdistyksen lausunto oli samansuuntainen: siinä esitettiin peräsuolisyövän keskittämistä laajan päivystyksen sairaaloihin (Liite 1).

Perustelu:

Leikkauslukumäärän ja leikkaushoidon laadun korrelaatio on tieteellisten raporttien mukaan jonkin verran ristiriitaista. Keskittäminen on hyödyllistä, mutta leikkaushoidon vähimmäismäärästä ei ole absoluuttista totuutta tiedossa. Tuoreessa hollantilaisessa tutkimuksessa (Eur J Surg Oncol 2019; 45: 613-619) todettiin, että peräsuolisyövän leikkaushoidossa suuren volyymin keskuksissa saavutettiin paremmat tulokset vain T4-tasoisten kasvainten hoidossa. Useissa tutkimuksissa on todettu, että peräsuolisyövän laadukkaaseen leikkaushoittoon riittää 20 leikkauksen vuosittainen volyymi. Kansainvälisissä suosituksissa (Hollanti, Italia) vuosittaisen sairaalakohtaisen leikkausmäärän alarajana pidetäänkin 20 leikkausta (katso Ann Surg 2016;263:745-750). Edellä mainitun tutkimuksen mukaan vähimmäismäärän nostaminen 40 vuosittaiseen leikkaukseen ei parantanut leikkaustuloksia.

Valtakunnallisesti alasuolikanavan kirurgian on eriytynyt osin omaksi osaamisalueekseen, joka sisältää ensisijaisesti peräsuolisyövän hoidon, mutta sen lisäksi hyvänlaatuisten peräsuolen ja peräaukon alueen sairauksien diagnostiikan ja hoidon. Mikäli peräsuolisyövän hoito siirretään pois keskussairaaloista, ei tälle erikoisosaamisalueelle jää osaajia keskussairaaloihin ja tällöin potilaiden siirtyminen yliopistosairaalaan on moninkertaista verrattuna nykyiseen toimintaan, koska myös hyvänlaatuisten sairauksien hoito siirtyy. Samalla myös päivystyksellisen hoidon toteuttaminen näiden sairauksien osalta heikkenee merkittävästi. Myöskin kirurgian väheneminen keskussairaaloista johtaa päivystysvalmiuden heikentymiseen ja pahimmillaan päivystyksen loppumiseen osaajien puutteen vuoksi.

Lisäksi leikkaushoidon laatua pitää jatkossa seurata valtakunnallisesti yhdessä sovittavalla tavalla.

- 2.) Paksusuolisyövän osalta vuosittaisen paksusuolileikkausten määräksi säädetään n. 50. Lisäksi jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa katsotaan välttämättömäksi päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi turvata palveluiden kiireellinen saanti, voidaan määrä alittaa.

Perustelu:

Paksusuolisyövän lisäksi keskussairaaloissa leikataan suuri määrä potilaita hyvänlaatuisten sairauksien (divertikuloosi, hyvänlaatuiset kasvaimet) vuoksi, jolloin paksusuolitypistysten kokonaismäärä nousee merkittävästi. Kansainvälisissä suosituksissa sairaalan vähimmäisleikkausmääräksi on esitetty 50 (Italia) ja kirurgikohtaiseksi kolorektaalileikkausten vähimmäismääräksi 20 (Iso-Britannia). Paksusuolisyövän esiintyvyys on lisääntymässä ja yhdessä hyvänlaatuisten paksusuolen sairauksien leikkaushoidon kanssa edellä mainituilla leikkauslukumäärällä saavutetaan kirurgisen osaamisen taso, joka vaaditaan keskussairaalan toiminnan turvaamiseksi. Suomen Gastrokirurgi yhdistyksen esityksessä jo 2017 asetusta säädettäessä esitettiin sairaalakohtaisten paksusuolisyöpäleikkausten vuosittaiseksi vähimmäismääräksi juuri 50.

- 3.) Tulehduksellisten suolistosairauksien leikkaushoidossa ehdotetaan muutosta asetukseen siten, että tulehduksellisten suolistosairauksien leikkaushoito keskitetään kunkin ERVA-alueen keskinäisen työnjakosopimuksen mukaisesti.

Perustelu:

Tulehduksellisten suolistosairauksien leikkaushoidon kirjo on hyvin laaja ulottuen pienten peräaukon fisteleiden hoidosta laajoihin suoliresektioihin. Leikkaushoito pitää sisällään useita tyyppileikkauksia, joita tehdään tavanomaisesti keskussairaaloissa (ohutsuolitypistykset, fistelileikkaukset, päivystykselliset paksusuolitypistykset).

## Loppulausunto

Keskussairaaloiden toiminta perustuu monitaitoisuuteen ja eri osaajien yhteistoimintaan niin päiväaikaan kuin päivystysaikaanakin. Jotta Suomessa voidaan turvata myös suurten väestökeskittymien ulkopuolella asuvien ihmisten arki tulevana vuosina sekä vakavan sairauden sattuessa että tapaturman tullessa, on osaajia oltava eri puolilla Suomea. Tämä turvataan ainoastaan riittävällä määrällä erikoislääkäreitä keskussairaaloissa ympäri maamme. Jotta nämä erikoislääkärit pystyisivät toimimaan kaikissa tilanteissa potilaiden parhaaksi, on heidän tehtävä myös vaativaa kirurgiaa osaamisen turvaamiseksi. Halvin ja varmin tapa turvata tämä, on muuttaa keskittämisesetusta sellaiseksi, että tulevaisuudessakin saamme taitavia erikoislääkäreitä keskussairaaloihin töihin motivoituneina kehittämään itseään potilaiden parhaaksi.

Ylläolevan ehdotuksen allekirjoittajat:

Tanja Hulmi, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Pohjois-Karjalan keskussairaala

Jyrki Kössi, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Päijät-Hämeen keskussairaala

Matti Kairaluoma, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Keski-Suomen keskussairaala

Jyrki Haikonen, vatsaelinkirurgian osastonylilääkäri, Satakunnan keskussairaala

Pälvi Vento, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Kymenlaakson keskussairaala

Heli Helminen, vatsaelinkirurgian vs. ylilääkäri, Seinäjoen keskussairaala

Hannu Paajanen, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Mikkelin keskussairaala

Antti Hietaranta, kirurgian ylilääkäri, Etelä-Karjalan keskussairaala

Jan Andersén, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Vaasan keskussairaala

Misa Kokkonen, vatsaelinkirurgian ylilääkäri, Kokkolan keskussairaala

Suvi-Tuuli Eeva, vatsaelinkirurgian osastonlääkäri, Kainuun keskussairaala

Kati Kortelainen, kirurgian ylilääkäri, Kanta-Hämeen keskussairaala

