



Suomen Yleiskirurginen Yhdistys (SYY) ry

Suomen yleiskirurgisen yhdistyksen lausunto muutoksesta keskittämisasiasetukseen

Suomen yleiskirurginen yhdistys on saanut pyynnön antaa lausunnon muutoksesta valtioneuvoston asetukseen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Muutosta on esitetty kahteen kohtaan. § 6 muutettaisiin siten, ettei siinä enää mainita ”tai muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan”. § 7 vuorostaan esitetään lievennyksiä annettuihin määräravaatimuksiin.

Otamme kantaa kolmeen asiaan: molempiin muutoksen kohteisiin erikseen, muihin muutoksen tarpeisiin sekä asetuksen luonteeseen ylipäänsä.

1. § 6 muutosesitys

Asetuksen perusteluluonnoksessa todettiin maininnan ”tai muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan” luodun alun perin ns. Jyväskylän-pykäläksi. Tälle on varmasti ollut ja on edelleen hyvät perusteensa. Jyväskylän keskussairaala on profiloitunut nimenomaan syövän hoitoa kehittävänä sairaalana ja osaamista on vuosikymmenien aikana kehitetty tämän ympärille paljon.

Alueella on toinen vahva keskussairaala (Joensuu) vastaavin kliinisin tuloksien sekä Suomen pienin yliopistosairaala, jonka johdosta keskittämisasiasetuksen toimeenpano on ollut Itä-Suomessa poikkeuksellisen vaikeaa. Asetuksen toimeenpano sen kirjaimellisessa muodossa käytännössä merkitsisi näiden alasajoa perustason yksiköiksi, jonka hyödyistä on oltu jyrkän erimielisiä. Ongelmat eivät kuitenkaan suinkaan rajoitu Itä-Suomeen.

Muutama huomio perusteluista ja nykytilanteesta:

Perusteluluonnoksessa tuodaan mm. esille, että keuhkosityöpäkirurgian siirron Kuopioon arvioidaan säästävän vuodessa arviolta miljoona euroa. Huomautamme, että alueella keskussairaaloissa ylipäänsä leikataan vuodessa 40 keuhkosityöpää. KYS:n hinnaston laskutus näistä on 14 000 € olettaen ettei yksikään leikkaus komplisoidu. Siten koko toiminnan kokonaisarvo on 560 000 € laskutusta yliopistosairaalasta. Huomautamme myös, että keskussairaaloiden hinnoittelu toimenpiteissä on huomattavasti edullisempi: Joensuussa leikkausta 4 hoitovuorokaudella olisi 7024 € ja Jyväskylässä drg-hinnoiteltuna tuotteena 10832 €.

Toinen ongelma oletetuissa säästöissä koskee sitä, että valtioneuvosto tai sosiaali- ja terveysministeriö eivät tiedä kirurgisen toiminnan tuloksia valtaosassa Suomen yksiköistä. Asia on väistämättä näin, koska selvityspyyntöjä toiminnan laadusta tai luonteesta ei ole mihinkään lähetetty. Pelkkien hallintotietokantojen perusteella vertailun tekeminen on täysin mahdotonta. Julkaisuja on toistaiseksi vaatimaton määrä ja nämäkin ovat pääosin vanhentuneita eri leikkaustiimin tuloksia verrattuna nykyiseen. Osa yliopisto- ja keskussairaaloista on seurannut etenkin raskaan kirurgian tuloksiaan hyvinkin tarkoin eli tietoa olisi kyllä tarjolla.

Etelä-Suomessa esimerkiksi peräsuolikirurgian keskittäminen vuorostaan on aiheuttanut paikoin huomattavia ongelmia sairaaloiden ruuhkaututtua pahoin. Tämä on pidentänyt merkittävästi hoitoprosesseja. Nytkin on havaittavissa, että jos potilaan lähettää

esimerkiksi HUS:iin vaatimaan maksa- tai retroperitoneum-leikkaukseen, potilas on yleensä leikattu 4-6 kuukautta lähettestä. Esimerkiksi haima- tai sappitiesyövissä koko tämä odottelu-aika on taattava mitä moninaisimmin keinoin riittävä sapsen kulku ja tämä on ajoittain mahdotonta. On väistämättä syntynyt vaikutelma, että eksploraatioksi jääneiden leikkausten määrä on noussut aiemmasta. Kyseessä ei sinällään ole yllättävä ilmiö. Euroopassa ja muissa pohjoismaissa suurten yksiköiden syöpäleikkausjonot ovat usein 8-10 viikon luokassa muun prosessin kestosta puhumattakaan.

Lääketieteen kehityksestä ja diagnostisesta osaamisesta:

Yleiskirurgiyhdistys on aiemmissa lausunnoissaan tuonut esiin sen tosiasian, että tämän muotoinen asetus on lääketieteen kehitys huomioiden jo julkaisuvaiheessaan sisällöllisesti vanhentunut. Puolet tiedosta uudistuu viidessä vuodessa. Yhtenä esimerkkinä § 6 vaateista maksakirurgia on valtaosin kehittymässä aiempaa teknisesti helpommaksi ja turvallisemmaksi. Se osa etäpesäkkeistä syöpää, joka on ylipäänsä järkevää paikallishoittaa, hoidetaan nykyään yhteistyöhoitona. Siis teknisesti helpot etäpesäkkeet leikataan pois ja vaikeat hoidetaan radiologisesti ablaatiolla. Ennustehyöty on sama kuin aiemmassa vaativia ja monimutkaisia leikkauksia sisältäneessä hoitotavassa.

Suuri ongelma monien potilasryhmien hoidossa on nykyään jonkin toimenpiteen teknisen laadun sijaan hoidon saatavuus. Leikkausjonot ovat eräs osa ongelmaa. Toisaalta esimerkiksi juuri maksaetäpesäkkeiden hoidon osalta on tehty tutkimus (Jones et al. BJS 2012), jossa 101 leikkaukelvottomaksi syöpälääkärin arvioimasta maksasta 66 % oli kuitenkin maksakirurgisen spesialistin mielestä leikattavissa olevia. Haimasyövästä taas esimerkiksi Norjassa – johon Suomeenkin keskittämissetusta laadittaessa on vedottu – vaatimattomat 38 % leikkaukelvottomista kasvaimista päätyi leikattavaksi (Huang et al. Gut 2017). Tampere-laisten (Ahola R et al. J Epidemiol Community Health 2017) tutkimuksen mukaan Suomen tilanne oli lähes yhtä huono vuosina 2003 ja 2008. Haimasyövän osalta suurena lisävaikutena on se, että karkeasti vain puolet syöivistä on helposti varhaisvaiheessa diagnostisoitavissa. Loppujen löytäminen vaatii erityisosaamista.

Syöpärekisterin ja THL:n tilastoista laskien haimasyövän osalta tilanne on parantunut, mutta ainoastaan pienissä piireissä. Oheisessa laskelmassa on syöpäindeksiin ja väestöpohjan perusteella laskettu estimaatti haimasyövän kokonaisvolyymista. 25 % on nykyisin parhaimmillaan leikattavissa ja leikkaus on valtaosin haima pään poisto, koska muualta syöpää ei saada kiinni leikkaukelvottomana. Whipple-leikkauksen määrä on saatu hoitoilmoitusrekisteristä, josta on laskettu väestöön suhteutettu estimaatti leikkauksista. Oulun, Joensuun ja Jyväskylän tulos vastaa todellisia lukuja täsmälleen. Muualta tuoreet luvut eivät ole tiedossa, mutta ero vuoden 2015 jälkeen esitettyjen tietojen pohjalta ei liene 10 % suurempi.

Huomionarvoista on se, ettei leikkausten saatavuus ole reilussa viidessätoista vuodessa keskitetyn kirurgian piireissä parantunut yhtään. Heidelbergin haimakeskuksessa tulos on 97 %. Näyttää siltä, että jäljellä olevan keskussairaalaapiirit pois lukien puolet potentiaalisesti leikattavista potilaista putoaa Suomessa prosessista pois sen eri vaiheissa.

Sairaanhoito piiri	Väestö	Syöpäindeksi	Haima-est	Leikattavahaima-est	Whipple-est	Syöpäwhipple-est	Leikatut_stage I_II
HUS	170000	94	361.63	90.41	70	42.0	46.46
TYKS	870000	105	185.07	46.27	25	15.0	32.42

Sairaanhoido piiri	Väest ö	Syöpäinde ksi	Haimaca est	Leikattavahai maca	Whipl et	Syöpäwhipl plet	Leikatut_stage I_II
KYS	40000 0	99	85.09	21.27	17	10.2	47.95
TAYS	90000 0	103	191.45	47.86	40	24.0	50.14
OYS	74000 0	80	157.42	39.35	38	22.8	57.94
Joensuu	17000 0	96	36.16	9.04	15	9.0	99.55
Jyvaskyla	25000 0	87	53.18	13.30	20	12.0	90.26

Suuri ongelma tässä kaikessa on se, että diagnostiikkaa on äärimmäisen vaikea keskittää. Esimerkiksi haimapotilaiden hoidossa sen volyyymi on noin viisitoistakertainen verrattuna leikkaustyöhön. On myös väistämätöntä, että haima-, maksa-, keuhko- tai peräsuolisyöpäspesialistia ei synny ilman omaa leikkaustoimintaa. On luonnollista, että ihminen panostaa kehityksessään siihen mitä tekee. Siten nähdäksemme keskitetyn kirurgian järjestelmissä on sisään rakennettu ongelma, jota yhdessäkään malliesimerkissä ei ole kyetty ratkaisemaan. Tämän vaikutus toiminnan terveyshyötyyn on valtavasti suurempi kuin mahdollisten pienten (Suomessa todentamattomien) leikkausten laatuerojen.

Näkemyksemme mukaan § 6 vaatii uudistusta, mutta nyt otettu suunta on väärä. On otettava vakavasti opiksi siitä, mihin keskittämisasetus on varoitusten mukaisesti johtanut suurissa piireissä. Potilaiden hoito on pahoin ruuhkautunut johtuen sekä preoperatiivisen, että leikkausprosessin hallinnan ongelmista. Täytäntöönpano on syytä laittaa jäihin ja selvittää raskaan kirurgian tila eli alueilla ohjenuoraksi tuleville suunnitelmille. Muutoin on suuri riski, että hoidon kokonaisuutta merkittävästi huononnetaan.

2. § 7 muutosesitys

Aiemmissa kannanotoissamme olemme tuoneet esiin ne vakavat ongelmat, joita määräperusteisiin asetuksiin sisältyy. Mitä mittaat, sitä saat. Mikäli leikkaustoimintaa ja sen luvallisuutta ryhdytään säätelemään tiukoin määräperustein, johtaa tämä väistämättä leikkausten lisääntymiseen ainakin sellaisilla aloilla tai potilasryhmillä, joissa leikkausindikaatioasettelu on "harmaata". Tällaisia ovat esimerkiksi tekonivel- ja selkäkirurgia tai syöpien puolella eturauhassyöpä. Siten koko määräperusteisesta sääntelystä tulisi luopua. Kuitenkin mikäli tästä sen ilmeisestä haitallisuudesta huolimatta halutaan pitää kiinni, on asetusmuutoksen suunta oikea. Oikein on myös se, että asiat on jätettävä alueelle ratkaistavaksi.

Asetusmuutoksessa ei olla puuttumassa kilpirauhaskirurgian määräravaateisiin. Mikäli nämä halutaan säilyttää, esitämme, että puhuttaisiin yleisesti kilpirauhaskirurgiasta eikä kilpirauhassyövästä. Nykyisen sanamuodon mukainen määräravaade ei toteudu missään suomalaisessa yksikössä varsinkaan follikulaarisen syövän osalta.

3. Asetuksesta ylipäänsä

Synnystään alkaen keskittämisasetuksesta on käyty raskasta taistelua. Suurin ristiriitoja aiheuttanut asia on ollut se, että asetuksella on monet sellaiset toiminnot pakotettu yliopistosairaaloihin hoidettavaksi, joista aiemmin oli käyty kiivasta lääketieteellistä keskustelua tasaveroin argumentein. Alueittain eri yksiköiden tulokset olivat yleensä hyvin muilla tiedossa, ja tämä ohjasi huomattavassa määrin päätöksentekoa. Nyt annettiin valtakunnallinen määräys hoitaa asiaa tietyllä tavalla alueellisista

erityispiirteistä välittämättä. Huomiotta vaikutti jääneen se seikka, että usein oli olemassa perusteltu syy (esimerkiksi paremmat hoidon tulokset keskussairaalassa) siihen, miksi jotain toisessa paikassa keskitettyä toimintoa ei toisessa keskitetty.

Asetuksen perusteluissa on tuotu toistuvasti esiin se kuinka suurempi leikkausmäärä parantaa tuloksia. Tämän kiistattoman tosiasian varjoon on jäänyt se, että niin yliopisto-, keskus- kuin aluesairaalatkin ovat aina toteuttaneet tätä periaatetta, mutta eri tavoin. Yliopistosairaalatyö on rakennettu yleensä suppean erityisosaamisen varaan, jossa ”perustyötä” vaativaa kirurgiaa tekevillä yleensä on hyvin vähän. Toisaalta koska ”vaativia” potilaita myös on vähän, on leikkaustyön kokonaismäärä usein huomattavastikin pienempi. Keskussairaalassa taas on yleensä lääkärikuntaa potilasmäärään nähden 20-40 % siitä mitä yliopistoyksiköissä, jonka seurauksena leikkausvolyymi on usein moninkertainen, mutta pitää sisällään perustyön lisäksi hyvin monenlaisia ”keskivaativia” potilaita ja yksittäisen ”vaativan” potilasryhmän kokonaisvolyymi on usein pienempi kuin yliopistosairaalassa työskentelevällä. Niin ruokatorvi-, ventrikkeli-, haima- kuin maksakirurgiankin osalta on osoitettu, että molemmilla tavoilla on mahdollista saavuttaa huipputulokset. Siksi olisi tärkeää ottaa yleisperustelusta askel eteenpäin.

Nähdäksemme on selvää, että työnjako eri kirurgian sektoreilla kaipaa jatkuvaa korjailua.

Osa helposti diagnostisoitavista sairauksista ja näiden hoitona käytetyistä vaativista leikkauksista käy kehityksen myötä harvinaisemmiksi ja niitä on syytä osaamisen takaamiseksi keskittää. Esimerkiksi levinneen kivessyövän tai sarkoomien radikaalikirurgia on tällaista.

Sitten on yleisiä sairauksia, joissa hoitomenetelmien tekninen yksinkertaistuminen tuo mahdollisuuden laajentaa tarjontaa. Esimerkiksi aorttaläppäahtauman katetrihoito olisi tällainen. Perinteisesti yliopistopiirit ovat kynsin hampain pyrkineet estämään tämän suuntaisen kehityksen eikä nykytilanne ole poikkeus. Näin tapahtui esimerkiksi 90-luvulla sepelvaltimotaudin pallolaajennushoidon tultua käyttöön. Nyt valtioneuvosto on päivystysasetuksella velvoittanut laajan päivystyksen keskussairaalapiriinkin tarjoamaan tätä palvelua ympärivuorokautisesti kaikkina aikoina. Asia on pyörähtänyt täyden kierroksen, potilaan eduksi. Jos keskittämisasiasetus olisi tuolloin ollut olemassa, olisi kehitys ollut vuosia hitaampaa lukuisten potilaiden ja kansanterveyden tappioksi.

Sitten kolmantena, ehkä vaikeimpana kapiteelina ovat vaikeasti diagnostisoitavat kirurgisteknisesti vaativat sairaudet. Esimerkiksi haiman- ja maksan kirurgia kuuluu tähän ryhmään. Laadukkaan kokonaihoitoprosessin rakentaminen näille potilasryhmille on runsaasti työtä ja perehtyneisyyttä vaativaa. Toisaalta kansainvälisistä aineistoista tiedetään, että kokonaisvolyymilla on merkitystä ja äärimmäisen pienen volyymin toiminnan laatuhaajontaa on kohtuuttoman suurta eikä hyvää järjestelmää ole kannattavaa rakentaa hyvin pienen yksikkökoon varaan. Toki tärkeää samalla on huomata, että myös pienen volyymin yksiköistä löytyy huipputuloksiin kykeneviä. Toisaalta, kuten edellä on esitetty, laadukkaan diagnostisen arvion saatavuudella on valtava, leikkaukseen liittyvät tekijät moninkertaisesti ylittävä, vaikutus potilaan hoitoon eikä tätä ole keskitetyn kirurgian järjestelmissä onnistuttu saamaan kuntoon. Optimin löytäminen vaatisi paljon lisää monenkeskistä tutkimustyötä ja yhtenäiset laaturekisterit. Tämä olisi parasta jättää lääkärikunnan tehtäväksi.

Aiempien yhdistyksemme kannanottojen mukaisesti esitämme näkemyksenämme, että ylipäänsä ajatus säädellä lääketieteen kehitystä ja työnjakoa asetuksella on lähtökohdiltaan huono. Asetus vanhenee aivan liian nopeasti, on aina väistämättä lääketieteellisesti epätasällinen eikä missään oloissa vastaa terveydenhuoltojärjestelmän sen hetkisen toiminnan tilaa ja työnjakoa. Tämän juridiset seuraukset suhteessa muihin veloitteisiin ovat ja tulevat olemaan hämärät ja jättävät klinikot kaikilla sektoreilla kaikissa sairaaloissa (ehkä HUS pois lukien) pysyvän epävarmuuden tilaan.

Tämän sijaan terveyshyötyä tuottavaa kehitystyötä olisi tarjolla paljon. Syöpäkirurgian ja syövän hoidon jo nyt erinomaisia tuloksia saataisiin varmasti vieläkin paremmiksi, jos vaikkapa säädettäisiin kaikille yksiköille nykyisen lainsäädännön mahdollistama rekisteröintivelvoite toiminnastaan ja sisältöä ryhdyttäisiin yhteistuumin kehittämään tämän pohjalta kitkerän vastakkainasettelun sijaan.

Joensuussa 18.2.2020

Suomen Yleiskirurgisen Yhdistyksen hallituksen puolesta

Lauri Pautola
puheenjohtaja