28.2.2018

Suomen Terveystalo Oy:n lausunto leikkaustoiminnan kriteereihin ja asiakirjaan ” ARVIOMUISTIO: TERVEYDENHUOLTOLAIN MUUTOS JA KIIREETTÖMÄN LEIKKAUSTOIMINNAN KRITEERIT”

Lausumme kohteliaimmin seuraavaa:

Kestävyysvajeen taltuttamiseksi on tärkeää luoda myös terveydenhuoltoon toimintaympäristö, joka mahdollistaa parhaiden käytäntöjen ja taloudellisten hyötyjen hakemisen. Malli, jossa säätelyä lisätään, kun samalla on vannottu normipurkutalkoiden nimiin, ei lisää kansakunnan kilpailukykyä. Terveystalo toivoo, että terveydenhuoltolakia ja kiireettömän hoidon kriteereitä muokataan mahdollistaviksi, ei rajoittaviksi, kuten nyt on laita.

Nyt käsitteillä olevaan korjaavaan lainsäädäntö- ja asetushankkeeseen on jouduttu, koska aiemmat säädöstiukennukset on tehty vailla riittävää vaikuttavuusarviointia, tarkoituksena yhteiskunnan omistaman sairaalaverkoston karsinta säästöjen aikaansaamiseksi. Ottamatta kantaa tavoitteeseen, otamme kantaa siihen, että keinot tähän tavoitteeseen pääsemiseksi olivat ja ovat liian järeät, koska ne vaikuttavat myös yksityisen terveydenhuollon toimintaedellytyksiin. Kansantalouden näkökulmasta ei ole järkevää poistaa yksityistä toimintaa markkinoilta ja samalla monopolisoida julkista sektoria. Niinpä nyt käsitteillä olevien säädösmuutosten tulee siis olla mahdollistavia.

Yleisluontoisesti voimme todeta, että oheisen säätelyn merkittävin epäkohta on vaade 30 minuutin läheisyydestä laajasti eri erikoisalaoja ympärivuorokautisesti päivystävästä sairaalasta. Ensihoito aloitetaan tapahtumapaikalla ja sitä aloittamassa ovat alan erikoislääkärit, joten hoidon aloittamisviivettä ei komplikaatiotapauksissa synny. Ambulanssikuljetus on vain siirtokuljetus. Oikeampi vaade tulisi olla, että päiväkirurgisessa yksikössä tulee olla yön yli seurannan mahdollisuus.

Seuraavassa kommentoimme Courier-kirjasimella kirjoitella tekstillä yksityiskohtaisemmin arviomuistiota:

s. 4 ” Taannehtiva puuttuminen voimassa oleviin sopimuksiin on perustuslakivaliokunnan ratkaisukäytännössä nähty ongelmalliseksi omaisuuden suojan kannalta. Uudempia sopimuksia tehtäessä lainsäädännön muutokset ovat olleet tiedossa ja niiden tulisi olla sisällöltään uusien säädösten mukaisia.” Ei näin, vaan lainsäädännön muutokset eivät ole olleet tiedossa sopimuksia tehdessä: yksityisiä koskevaa lainsäädäntöä vasta nyt laaditaan. Muutokset eivät voi siis koskea nykyisiä sopimuksia, tai ainakin siirtymäajan pitää olla kohtuullinen.

s. 6 ”Yksityiset palveluntuottajat ovat investoineet uusiin tiloihin lähinnä yliopistollisten keskussairaaloiden paikkakunnilla, joissa lähes kaikilla valtakunnallisesti toimivilla yksityisillä palveluntuottajilla on paljon leikkaussalikapasiteettia.” ja s. 19 ”Leikkaavan tai toimenpiteitä tekevän sairaalayksikön tulee sijaita siten, että se on alle 30 minuutin matkan päässä (ensihoitopalvelun yksiköllä) laajasti eri erikoisalaoja ympärivuorokautisesti päivystävästä sairaalasta.” Terveystalon 21 sairaalayksiköstä 14 toimii muilla kuin yliopistollisten keskussairaaloiden paikkakunnilla eivätkä kaikki edes keskussairaalapaikkakunnilla: Hyvinkää, Iisalmi (aluesairaalaulkoistus), Joensuu, Jyväskylä, Kouvola, Lahti, Lappeenranta (oma yksikkö ja Eksoten silmäyksikkö), Mikkeli, Pori, Rovaniemi, Savonlinna, Seinäjoki, Varkaus (aluesairaalaulkoistus). Uudistus vähentäisi jo tehtyjen

investointien kannattavuutta tavalla, joka ei ole ollut ennakoitavissa investointeja tehtäessä.

s. 7 ”Siten on mahdollista käyttää yksityinen varsin huomattava resurssi tarvittaessa hyväksi. Toiminta mahdollistaa yhtenäiset leikkausindikaatiot ja hoitoprosessien standardoinnin, jolla voidaan vaikuttaa säästötavoitteen toteutumiseen.” ”Säädös antaa sairaanhoitopiirille mahdollisuuden yhtenäistää tehokkaasti leikkaustoiminnan hoitokäytäntöjä alueellaan yhteistyössä muiden erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kanssa. Se antaa mahdollisuuden myös resurssien tehokkaaseen käyttöön ja voi pienentää tarvetta investoida keskussairaalassa uusiin leikkaussaleihin.” ”Valinnanmahdollisuutta tulee kuitenkin olemaan lähinnä suurilla paikkakunnilla johtuen yksityisten tuottajien sijoittumisesta. Yksityiset toimijat ovat tekevät pääosin päiväkirurgisia ja pienen komplikaatioriskin leikkauksia suhteellisen hyväkuntoisille potilaille, joten valinnan mahdollisuus ei kasva kaikilla alueilla ja kaikilla asiakasryhmillä.” Tämä yksityisen resurssin käyttäminen, säästötavoite ja valinnanmahdollisuus eivät toteudu, jos suuri osa yksityisestä kapasiteetista jätetään ostopalvelumahdollisuuksien ulkopuolelle. Tällöin julkinen sektori jättäisi käyttämättä hyödyn mittakaavasta ja peitosta, jota ylläpidetään pääasiassa vakuutus- ja yksityispotilailla, mutta jota julkinen sektori voisi hyödyntää joutumatta kannattelemaan koko toiminnan kustannuksia. Terveystalon 21 sairaalayksiköstä 14 toimii muilla kuin yliopistollisten keskussairaaloiden paikkakunnilla. Terveystalossa tehdään päiväkirurgian lisäksi mm. polvi- ja olkaproteesileikkauksia, selkäleikkauksia sekä lihavuusleikkauksia, eivätkä kaikki potilaat ole ”suhteellisen hyväkuntoisia”: vuonna 2017 noin 24 % potilaista oli yli 60-vuotiaita.

s. 8 ”Valtioneuvoston asetuksella säädettävistä yksityiskohtaisemmista vaatimuksista osa toteutuu jo nykyisinkin yksityisen sektorin leikkaustoiminnassa ja osa vaatimuksista on toteutettavissa pienin muutoksin toiminnassa ilman merkittäviä kustannusvaikutuksia. Muutamissa yksiköissä koko maan tasolla asetuksella edellytetty yksikön sijainti suhteessa tukisairaalaan ja potilaan kuljettaminen sinne ehdotetussa ajassa saattaa muodostua ongelmalliseksi samoin kuin julkista leikkaustoimintaa vastaavat määrävaatimukset.” Todellakin etäisyys tukisairaalaan ja julkista leikkaustoimintaa vastaavat määrävaatimukset estäisivät julkisen järjestämisvastuun alaisen leikkaustoiminnan (ja siis em. yksityisen resurssin käyttämisen, säästötavoitteen ja valinnanmahdollisuuden) useissa Terveystalon yksiköissä, joihin sairaalainvestointi on tehty.

s. 8 ”Valmistelun aikana on käyty neuvotteluja yksityisen terveydenhuollon edustajien kanssa leikkaustoiminnan laatuvaatimuksista.” Neuvottelut ovat vielä kesken, tavoitteena laatumittarit kesään 2018 mennessä. Käymällä neuvottelut loppuun mahdollistettaisiin leikkaustoiminnan laadun ohjaus laatu- eikä määrävaatimuksilla: leikkaustoiminnan laatua seurattaisiin mittareilla, joiden täyttyessä leikkaustoiminta voisi jatkua keskussairaalaa pienemmässäkin yksikössä.

s. 9 ”Säännös koskisi vain sairaanhoitopiirin toimintaa. Sitä ei sovellettaisi kunnan järjestämään tai hankkimaan toimintaan. Kunnan erikoissairaanhoidossa ei voisi säännöksen mukaan tehdä anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttävää leikkaustoimintaa tai yleisanestesiassa tehtäviä toimenpiteitä. Kunta ei voisi myöskään hankkia näitä toimintoja yksityiseltä palveluntuottajalta.” Miksi kunta ei voi hankkia näitä toimintoja ennen sote-järjestämislain voimaantuloa? Asiaa ei

perustella muistiossa ja on ristiriidassa perustuslaissa määrättyyn kunnalliseen itsehallintoon.

s. 10: ”Tarkoitus on, että kyseisiä leikkausten lukumääriä sovellettaisiin myös nyt ehdotetun 45 a §:n mukaisissa toimintayksiköissä.” Käyttämällä laatu- eikä määrämittareita mahdollistettaisiin yksityisen kapasiteetin hyödyntäminen julkisen järjestämisvastuun alaisessa toiminnassa. Laatumittarien valmistelu on kuitenkin vielä kesken, jolloin kriteerien lukitseminen VNa:lla on ennenaikaista.

s. 11: ”Perustuslain 22 § velvoittaa julkista valtaa turvaamaan perusoikeuksien käytännön toteutumisen. Julkisella vallalla tarkoitetaan tässä sekä valtiota että kuntia. Erityislainsäädännöllä kunnille on säädetty velvollisuus järjestää sosiaali- ja terveydenhuolto asukkailleen ja eräissä tapauksissa kunnassa oleskeleville ja muille henkilöille. Julkisen vallan tulee aktiivisesti luoda tosiasialliset edellytykset perusoikeuksien toteuttamiseksi. Valtion tulee lainsäädäntötoimin, asianmukaisella rahoituksella ja voimavarojen kohdentamisella sekä toiminnan järjestämisellä huolehtia siitä, että riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut tulevat turvatuiksi.” Leikkausyksiköiden verkoston harventaminen ei toteuta tätä perustuslaissa ja erityislainsäädännössä asetettua velvollisuutta.

s. 12: ”Tehtävien keskittämisellä on tarkoitus turvata riittävien palvelujen saanti.” Riittävien palvelujen saanti yksityiseltä ostopalveluna ei vaadi tehtävien keskittämistä, päinvastoin keskittäminen hankaloittaa riittävien palveluiden saantia.

s. 12: ”Hallituksen esityksessä (s. 38—39) on käsitelty varsin seikkaperäisesti niitä hyötyjä, joita erityisesti vaativimpien hoitojen keskittämisellä voidaan saavuttaa. Selvityksen perusteella on pääteltävissä, että suuremmilla terveydenhuollon yksiköillä on nykyisiä rakenteita paremmat edellytykset turvata riittävä osaamistaso, parantaa potilasturvallisuutta ja taata harvinaisempien sairauksien hoidon tosiasiallinen saatavuus.” Vaativimpien hoitojen ja harvinaisempien sairauksien hoidon keskittäminen ei edellytä kaiken leikkaustoiminnan keskittämistä, varsinkaan kun selvityskään ei keskittämisen etuja yksiselitteisesti vahvista (”on pääteltävissä” vs. ”on”).

s. 13” Sairaankuljetussopimukset päättyvät ehdotetun siirtymäajan vuoksi yli kahden vuoden päästä nykyhetkestä sekä vuoden ja kahdeksan kuukauden päästä lain voimaantulosta, mikä osaltaan pehmentää muutoksen vaikutuksia.” vs. s. 20 ”Asetuksen muutoksen on tarkoitus tulla voimaan 1 päivänä heinäkuuta 2018.” Muutokselle ehdotettu lyhyt siirtymäaika kohdistuessaan myös olemassa oleviin sopimuksiin ei vastaa kahden vuoden siirtymäaikaa, jota sovellettiin sairaankuljetussopimuksiin, ja jolla muistiossa perustellaan taannehtivan voimaantulon hyväksyttävyyttä.

s. 18 ”Tässä pykälässä leikkaustoiminnalla tai yleisanestesiassa tehtävällä toimenpiteellä tarkoitetaan sellaisia toimenpiteitä, joissa vaaditaan anestesiologian erityisosaamista käytettyjen anestesiamenetelmien takia ja jotka siten edellyttävät anestesiologin mukanaoloa leikkauksessa tai toimenpiteessä tai niiden jälkeisessä seurannassa. Näissä käytettäviä anestesian menetelminä ovat muun muassa yleisanestesia eli nukutus tai muu vahva leikkaukseen liittyvä sedaatio. Samoin laajat puudutukset kuten selkäpuudutukset (spinaali- eli selkäydinpuudutus ja epiduraalipuudutus) ja hartiapunospuudutus (plexus) ovat tällaisia. Myös

laskimopuudutus verityhjiötä vaativissa toimenpiteissä voidaan rinnastaa näihin menetelmiin."
Anestesian määritelmää ollaan laajentamassa 45 §:n mukaisesta, jossa sen on tulkittu tarkoittavan yleisanestesiaa.

45 a §, Leikkaustoiminta ilman yhteispäivystystä:

- " Sen estämättä, mitä tämän lain 45 §:n 3 momentissa säädetään, sairaanhoitopiiri voi järjestää anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita edellyttävää kiireetöntä leikkaustoimintaa tai yleisanestesiassa tehtäviä muita kiireettömiä toimenpiteitä sairaanhoitopiirin toimintayksikössä, jossa ei ole 50 §:n 3 tai 4 momentissa tarkoitettua ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä, edellyttäen että asiasta on sovittu erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä voi myös hankkia edellä mainittua leikkaustoimintaa tai toimenpiteitä muulta palveluntuottajalta tai antaa niihin palvelusetelin. Tällöin edellä mainittujen yksiköiden on varmistettava päivystysvalmius sekä toiminnan laatu ja potilasturvallisuus, riittävä osaaminen, henkilöstö ja toimenpiteiden määrä sekä mahdollisuus siirtää potilas nopeasti jatkohoitoon sairaalaan, jossa on ympärivuorokautinen valmius päivystysleikkausten tekemiseen, teho-osasto ja riittävän laajasti erikoisalojen ympärivuorokautista päivystystä."

Em. tekstissä mainitaan, että sairaanhoitopiiri voi sopia järjestämissopimuksessa, että ao. leikkauksia voidaan tehdä sairaanhoitopiirin yksikössä, jossa ei ole yhteispäivystystä. Tässä kohtaa ei suoranaisesti viitata laatukriteereihin, jotka edellytetään niissä tilanteissa, kun sairaanhoitopiiri hankkii leikkaustoimintaa tai toimenpiteitä muulta palveluntuottajalta tai antaa niihin palvelusetelin (eli siis yksityiseltä).
Kriteereinä mainitaan edelleen "toimenpiteiden määrä", joka siis tarkkaan ottaen koskisi lakitekstin mukaisessa asetelmassa vain yksityissektoria.

17 a §, Päivystysvalmius ilman yhteispäivystystä tehtävässä leikkaustoiminnassa:

- "4) tehdä sopimus ympärivuorokautisesti päivystävän sairaalan kanssa ja sijaita siten, että se on alle 30 minuutin matkan päässä (ensihoitopalvelun yksiköllä) laajasti eri erikoisalaoja ympärivuorokautisesti päivystävästä sairaalasta, jossa on valmius vaativien postoperatiivisten komplikaatioiden diagnostiikkaan ja hoitoon (sekä ympärivuorokautinen valmius päivystysleikkausten tekemiseen ja teho-osasto)"

30 min. raja tulisi poistaa tai sitten muuttaa se 60 min. rajaksi. 30 min. raja on ongelmallinen myös julkisten sairaaloiden osalta (vrt. esim. Salon sairaala Varsinais- Suomessa tai Oulaskangas Pohjois- Pohjanmaalla). Keskeisenä perusteluna on kuitenkin ensihoitopalvelun yksikön yleinen saatavuus eri puolilla Suomea, joka vaihtelee taajamien muutamasta minuutista maaseudun pitkien etäisyyksien 1-2 tuntiin. Eli pitäisi noudattaa ensihoitopalvelun yleistä linjausta ja saatavuutta, eikä tehdä leikkaustoiminnan osalta omaansa.
Ennen lakiuudistusten voimaan tulleita sopimuksia pitäisi kunnioittaa, näiden osalta tulisi sallia poikkeus, jos 30 min. rajasta halutaan pitää kiinni. Sopimukset on tehty sen hetkisen lainsäädännön vallitessa, ja lainsäädännön tulisi tukea ennakoitavuutta. 30 min aika ei perustu mihinkään tutkimukseen tai dataan. Ensihoito alkaa päivystävän kirurgin toimesta jo "kentällä", päivystävä kirurgia ja/tai anestesiologi lähtee kuljetukseen mukaan saattamaan potilasta päivystykseen.

- ”5) toteuttaa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun asetuksen 7 §:ssä edellytetyt vaatimukset”
  Tämä kohta pitää sisällään edelleen leikkaustoiminnan keskittämistä koskevan asetuksen 7§:n vaatimuksen leikkausmääristä mm. tekonivelten osalta. Tämä tulkinta vahvistuu, kun lukee perustelumuistion (”*1 momentin 5 kohta.* Leikkaavan sairaalan toiminnassa tulee toteuttaa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun asetuksen 7 §:ssä edellytetyt vaatimukset. Nämä koskevat vaadittavia vuosittaisia toimenpidemääriä leikkaavassa paikallisessa sairaalayksikössä eikä summiin voi laskea useammassa sairaalayksikössä tehtyjä leikkauksia.”) Tämä kohta tulee muuttaa siten, yksityissektorin osalta volyymikriteeri jätetään pois, ja sen tilalle tulee selkeät laatukriteerit.

  Ylipäätään ko. lait astuvat voimaan erikoiseen aikaan, kun vajaan kahden vuoden päästä toimijoina eivät ole enää sairaanhoitopiirit vaan maakunnat. Tämä lainsäädäntö joudutaan joka tapauksessa päivittämään siirryttäessä maakuntien järjestämiin palveluihin.

  Tiukat säädökset ja päivystyksen aikarajat saattavat vaikeuttaa myös suun terveyden hoitoa. Anestesiassa toteutettavaa suunhoitoa on tavanomaista hammashoitoa käsittäen hampaiden paikkaukset, kiinnityskudosten hoidon, hampaiden tavanomaiset ja leikkaukselliset poistot. Kokonaisuudessaan käsittelyssä olevien toimenpiteiden kirjo on mittava, anestesiassa toteutettavan suunhoidon osalta aina hampaan poistosta tai jopa paikkauksesta tekonivelkirurgiaan.

  On huomioitava, että anestesiassa tai i.v. sedaatiossa hoidettavien potilaiden määrä on alati kasvava. Vanhenevassa väestössä lisääntyvät kardiovaskulaariset ongelmat puoltavat vaikeiden hampaanpoistojen suorittamista i.v. sedaatioissa. Kaikki tästäkään ryhmästä eivät ole tällä hetkellä mahtuneet erikoissairaanhoitoon ja hammaslääkärit joutuvat työssään ottamaan suuria riskejä. Jotta suunterveydenhuolto voisi olla kustannustehokasta ja terveysvaikutteista, olisi erityisen tärkeää, että yksityinen puoli voisi toimia näiden hoitojen osalta julkisen puolen kumppaneina, kun hoidot on mahdollista tehdä sairaalan kaltaisissa olosuhteissa täyttäen määritetyt laadun kriteerit.

Kunnioittavasti

28.2.2018

Juha Tuominen
johtava yliääkäri
0405284160