

Asia: VN/30743/2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta valtioneuvoston asetukseksi eräistä leikkauksista ja lääketieteellisistä toimenpiteistä sekä luonnoksista erikoissairaanhoidon keskittämisasetuksen ja päivystysasetuksen muuttamiseksi

Lausunnonantajan lausunto

Kommentit ehdotetusta leikkauksista ja tiettyjä lääketieteellisiä toimenpiteitä koskeva valtioneuvoston asetuksesta. Onko ehdotettu asetukset selkeitä ja toimeenpantavissa, ja onko siinä huomioitu oleelliset asiat? Ellei mielestänne ole, miten sitä pitäisi muuttaa?

Tampereen yliopiston lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta kiittää mahdollisuudesta lausua luonnosasetuksesta.

Valtioneuvoston asetukset erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen 4 ja 7 §:n muuttamisesta – Muu keskitettävä erikoissairaanhoidon

”Sen lisäksi, mitä yhteistyösopimuksissa sovitaan, tulee monierikoislaista ympärivuorokautista päivystystä ylläpitäviin sairaaloihin koota primääri lonkan, polven ja olkapään tekonivelten leikkaushoito sisältäen tekonivelten välittömien komplikaatioiden hoidon. Asennettujen lonkan ja polven tekonivelten määrän tulee olla yhteensä vähintään noin 600 vuodessa siten, että yksikössä on käytettävissä riittävä osaaminen sekä polven että lonkan tekonivelten osalta. Olkapään tekonivelten määrän on oltava vähintään noin 40 vuodessa.”

OSAAMINEN KRITERINÄ & LEIKKAUSTIIMIN ROOLI, YKSITYISET TOIMIJAT

- Leikkaustoiminnan keskittämisen tulisi olla ennen kaikkea osaamisperusteista, enemmänkin kuin volyymeihin perustuvaa. Olkoonkin että monessa kirurgisessa toimenpiteessä määrä korreloi laatuun, on vaikeaa tai joskus mahdotonta määrittää yksiselitteistä toimenpidemäärien raja-arvoa,

jonka alittaminen tai ylittäminen olennaisesti muuttaisi hoidon tulosta. Tämä siksi, että hoidon tulokseen vaikuttaa merkittävästi niin moni muukin tekijä kuin toimenpiteiden lukumäärä.

- Vaatimus leikkausten vähimmäismäärästä on ymmärrettävissä, mutta ongelmallinen usealla tässä kommentissa mainitulla tavalla. Vaatimus vähimmäismäärästä kannustaa tarkoitushakuista yksikköä leikkaamaan mahdollisimman paljon, jotta vähimmäismäärä täyttyy. Jotta vaadittavaan leikkausmäärään päästään, niin se saattaa vaikuttaa 1) leikkaavan yksikön määrittelyyn siten että kattaa useissa paikoissa ja eri henkilöiden tekemät leikkaukset, 2) leikkausindikaatioon (leikataan myös sellaisia potilaita, joita leikkaus ei hyödytä) ja 3) leikkauksen toteutukseen (leikataan mahdollisimman nopeasti, joka on hyvä tavoite, jos samalla seurataan lopputulosta/laatua, mutta huono tavoite jos lopputulosta/laatua ei seurata).

- Suurimmalle osalle kirurgisista toimenpiteistä on ominaista se, että toimenpidemäärän ja laadun yhteys koskee koko toimenpiteen suorittavan tiimin toimintaa. Eli mikäli toimenpiteet keskitetään, mutta yksikössä toimenpiteet suorittavassa tiimissä onkin jatkuvasti vaihtelevalla kokoonpanolla hoitajia, jotka eivät ole mukana suorittamassa kyseisiä toimenpiteitä riittävän usein, ei keskittämisestä saada vastaavaa laatuhyötyä.

- Toimenpidemääriä koskeva raja on ymmärrettävä tavoite. Kuitenkin nämä rajaukset koskevat vain julkisia toimijoita, eli rajaukset eivät kosketa yksityistoimintaa. Vaikka yksityisellä olisi kokenut kirurgi, yleensä hoitohenkilökunta ei omaa vastaavaa kokemusta. Onnistunut leikkaus ei riipu pelkästään kirurgista, vaan koko leikkaustiimistä.

LAATU, MITTARIT, KANSALLINEN LAATUREKISTERI

- Keskittämisessä olisi hyvä tuoda esille myös laatu. Pelkkä leikkausten lukumäärä ei takaa hyvää tulosta. Laadullisten kriteerien rakentaminen lukumäärämittarin rinnalle on suositeltavaa.

- Kansallisten laaturekisterien tarve toiminnan arvioimisessa ja kehittämisessä on ilmeinen. Toimenpiteiden lukumäärä on puutteellinen mittari.

- Eri erikoisaloilla on laaturekistereitä, mutta tarvitaan keskitetysti koko maan laajuinen leikkaus- ja anestesiatoiminnan laaturekisteri, jossa vaikuttavuutta ja laatua voidaan seurata sekä oman toiminnan osalta jatkuvasti, että vertaisarvioida toimintaa eri keskusten välillä. Keskittämislle saataisiin tällöin mitattavat perusteet.

- Kun perustellaan toimintaa tai sen muutoksia, on tärkeää olla olemassa mittari, jonka avulla pystyttäisiin luotettavasti määrittämään lähtötilanne ja toiminnan tai sääntelyn muutosten aiheuttama seuraus.

- Asetuksissa tai laissa ei selkeästi tuoda esiin, millaisia laadun varmistukseen tähtääviä kriteereitä tulee soveltaa yksityisen palveluntuottajan suorittaessa päiväkirurgisesti esimerkiksi polven, lonkan tai olkapään tekonivelkirurgiaa. Sovelletaanko tässä myös vuosittaista toimenpiteiden vähimmäismäärää vai muuta kriteeristöä vai onko tämä vapaasti hyvinvointialueen päätettävissä?

- On tervetullutta, että pyritään keventämään sääntelyä niin, että voidaan toimia tarkoituksenmukaisesti lääketieteen kehittyessä potilasturvallisuus huomioiden.

Selkäkirurgiasta ja vaativista leikkauksista erityisesti:

- Suomessa on paljon leikkauksia ja harvinaisia sairauksia, joiden osalta keskittäminen olisi huomattavasti tärkeämpää kuin selkäkirurgian osalta. Suurin osa selkäkirurgisista leikkauksista on loppuen lopuksi varsin yksinkertaisia leikkauksia, jotka toistetaan lähtökohtaisesti saman kaavan mukaan, ja joissa ei välttämättä vaadita kovin suurta määrää toistoa, jotta saavutetaan tasaisesti hyvät tulokset.

- Miksi selkäleikkauksissa vaaditaan 150 toimenpidettä / vuosi kun sitten samanaikaisesti erittäin vaativissa ja jopa hengenvaarallisissakin leikkauksissa hyväksytään alle 50 tai jopa alle 10 toimenpidettä / vuosi volyymit? Miksi näitä vaativia leikkauksia ei keskitetä ensin? Tämä tarkoittaisi valtakunnallisesti määritettyä työnjakoa yliopistosairaaloiden välillä.

- Selkäleikkausten osalta asetuksessa on määritetty leikkauksia tekeville yksiköille 150 / leikkausta per vuosi raja. On epäselvää, mihin tämä 150 leikkauksen raja perustuu, semminkin kun asetuksessa ei erikseen määritetä tarkoitetaanko, että yksikössä pitäisi tehdä ylipäättänsä 150 selkärankaan kohdistuvaa leikkausta per vuosi vai mahdollisesti tietynlaisia rangan leikkauksia 150 per vuosi.

- Esimerkiksi lannerankaan ja kaularankaan kohdistuvat leikkaukset ovat monella tapaa kovin erilaisia keskenään, sekä käytetyn välineistön että leikkausten erityispiirteiden suhteen.

Synnytyksistä ja lastentaudeista erityisesti:

”18 § Sosiaali- ja terveysministeriön oikeudesta myöntää hyvinvointialueen tai HUS-yhtymän hakemuksesta luvan poiketa 1 momentissa mainitusta edellytyksestä, jos palvelun saavutettavuus, potilasturvallisuus tai yhteistyöalueen palveluverkon tarkoituksenmukaisuus sitä edellyttää, säädetään terveydenhuoltolain 50 §:n 9 momentissa. Luvan myöntäminen edellyttää, että muut kyseiseen yhteistyöalueeseen kuuluvat hyvinvointialueet sekä Etelä- Suomen yhteisalueella HUS-yhtymä ja muut kuin Uudenmaan hyvinvointialueet puoltavat synnytysten järjestämistä sairaalassa, johon lupaa haetaan, taikka että synnytysten järjestämisestä tällaisessa sairaalassa on sovittu yhteistyösopimuksessa.”

- On hyvä, että yhteistyöalueen hyvinvointialueet yhdessä tarkastelevat synnytystoimintaa ottaen huomioon synnytysten turvallisuuteen liittyvät seikat. Toivottavasti tämä auttaa järkeviin ratkaisuihin eri yhteistyöalueilla.

Kommentit erikoissairaanhoidon keskittämisesetuksen 4 §:n muutosehdotuksesta (psykoterapeuttisiin ja psykososiaalisiin menetelmiin liittyvä työnjako)

-

Kommentit muista keskittämisen- ja päivystysasetuksen muutosehdotuksista

6§ Ympäri vuorokautinen perusterveydenhuollon päivystysyksikkö

“...Mahdollisuus siirtää potilas nopeasti monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä ylläpitävään päivystysyksikköön tulee varmistaa”:

- Potilassiirtoihin tulisi päivystävissä yksiköissä olla selkeä ohjeistus, jossa huomioidaan siirtoihin sisältyvät riskit, siirron aikainen toimintaympäristö, saattava henkilökunta ja päivystysyksikön henkilöstön riittävyys ja osaaminen.

- Yleisenä kokonaisuutena muutosten tavoitteena vaikuttaa olevan sallia leikkausten ja toimenpiteiden toteutus erilaisilla järjestelyillä, jotta niitä saataisiin tehtyä sujuvasti useissa yksiköissä.

- Laajempaan ongelmana on vaatimusten puute leikkauksen tai toimenpiteen aiheen (indikaation) sekä hoidon tulosten yhteneväisyyden osalta eri yksiköissä. Hoidon toteutus mahdollisimman monessa yksikössä ei todennäköisesti paranna näistä kahdesta ongelmasta kumpaakaan.

- Lisäksi luonnos ohjaa huomioimaan monenlaisia asioita, jotka estävät leikkauksen tai toimenpiteen tekemistä yksikössä, joissa matalampi valmiustaso ja jatkohoitomahdollisuus, mutta niiden osalta jää paljon tulkinnanvaraa.

Asetusmuistio-liite: Asetus eräistä leikkauksista ja lääketieteellisistä toimenpiteistä

”Käsikirurgiset leikkaukset” vs. ”yläraajan leikkaukset”:

- Sivulla 13 termiä ”Käsikirurgiset leikkaukset” on käytetty virheellisesti. Käsikirurgia on erikoisalan nimi, ja se kattaa paljon toimenpiteitä, jotka 1) eivät kohdistu käteen tai 2) eivät sovellu päiväkirurgiaan tai lyhytjälkihoitoisesti. Näissä leikkauksenaikainen komplikaatioriski on korkea, leikkauksen jälkeinen välitön uusintatoimenpiteen todennäköisyys korkea, tarve leikkauksenjälkeiseen hoitojaksoon osastolla vähintään useita päiviä, tai potilas on nuori (alle 6 kk) tai pitkäaikaisen sairauden vuoksi (ASA 3-4) leikkaukseen liittyvät riskit ovat kohonneet. Tällaisia toimenpiteitä on keskitetty vain muutamaaan yliopistosairaalaan Valtioneuvoston asetus työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä asetus 582/2017 (5§ kohta 9 vaativa käsikirurgia) mukaisesti.

- Kohdassa oikeampi termi olisi esimerkiksi ”useat yläraajan alueen leikkaukset” eli samaan tapaan kuin listan ylemmässä kohdassa, jossa on lueteltu ortopedian ja traumatologian erikoisalan soveltuvia leikkauksia. Huomiona siinä kohdassa luetelluista esimerkeistä, että ranteen, kämmenen ja kyynärvarren murtumia hoidetaan sekä ortopedian ja traumatologian että käsikirurgian erikoisaloilla.

- Lisäksi edellä kuvattu termin ”käsikirurgia” käyttö tässä listassa muuten kuin erikoisalan nimenä aiheuttaa ristiriitaa myös muualla tekstissä esim, sivulla 15 kohdissa: ”Päivystyksellisesti (eli välittömästi tai saman vuorokauden aikana) tarvittavat isommat leikkaukset kaikilla erikoisaloilla” ja ”Korkeamman riskin plastiikkakirurgiset leikkaukset, kuten esimerkiksi vaativat iho- ja kudossiirteet”, joita tehdään myös käsikirurgialla.

Seppo Parkkila

Dekaani

Lausunnon valmistelussa olivat mukana:

Seppo Parkkila, dekaani, professori (anatomia)

Juhana Frösen, professori (neurokirurgia)

Johanna Hästbacka, apulaisprofessori (Associate, anestesiologia ja tehohoito)

Jarkko Jokihaara, professori (käsikirurgia)

Ilkka Kivekäs, professori (korva-, nenä- ja kurkkutautioppi)

Hannele Laivuori, professori (synnytys- ja naistentautioppi)

Lamminmäki Sara

Tampereen yliopisto - Lääketieteen ja terveysteknologian tiedekunta