

Asia: VN/30743/2024

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

Lausunnonantajan lausunto

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

Suomen Silmälääkäriyhdistys kiittää saamastaan lausuntopyynnöstä. Keskitymme lausunnessamme erityisesti silmälääketieteelliseen arvioon. Ehdotettu asetus on määritelmien selkeä ja hyvin perusteltu, ja se on käytännössä toimeenpantavissa, sekä yhteneväinen leikkaustoimintaa ohjaavien kliinisten suositusten kanssa.

Suurin silmätautien alan toimenpiteistä on päiväkirurgisia. Silmäleikkaukset eivät tyypillisesti edellytä yleisanestesian jälkeistä tehostettua valvontaa, sillä valtaosa toimenpiteistä toteutetaan paikallispuudutuksessa. Silmäkirurgit hallitsevat laajasti silmäleikkauksissa käytettävät paikallispuudutustekniikat, kuten topikaali-, subkonjunktivaali-, peribulbaariset ja retrobulbaariset puudutukset. He hallitsevat myös näihin puudutuksiin liittyvien harvinaisten, mutta mahdollisesti vakavien komplikaatioiden hoidon sekä potilaan voinnin leikkauksen aikaisen monitoroinnin (Lodhi & Tripathy 2023). Näitä puudutuksia tekevät myös anestesia- ja sairaalakohtaisten käytäntöjen mukaisesti.

Yleisanestesiaa tarvitaan silmäleikkauksissa harvoin, mutta se on perusteltua tietyissä tilanteissa. Tällaisia ovat muun muassa tilat, joissa potilas ei kykene yhteistyöhön tai mikrokirurgian vaatimaan liikkumattomuuteen (esimerkiksi muistisairaudesta, kehitysvammasta, voimakkaan yskän tai vapinan vuoksi), kyseessä on lapsipotilas (esimerkiksi lasten karsastusleikkaukset), toimenpide on poikkeuksellisen pitkä tai teknisesti vaativa, tai anestesiaa tarvitaan potilaan ahdistuksen tai kivun hallitsemiseksi.

Lisäksi joissakin poikkeustapauksissa on jouduttu turvautumaan sedaatioon myös toimenpiteissä, joihin ei tavallisesti liity anestesiatarvetta, kuten lasertoimenpiteissä tai silmänsisäisten injektioiden yhteydessä. Nämä tilanteet ovat harvinaisia, mutta korostavat tarvetta yksilölliseen anestesian ja hoitopaikan harkintaan silmätautien potilailla, varsinkin kun silmätautien erikoissairaanhoidon potilasmäärät ovat huomattavan suuria.

Myös yleisanestesiassa suoritettut silmäleikkaukset, muut toimenpiteet ja tutkimukset mahdollistavat tavallisesti potilasturvallisen kotiutumisen saman päivän aikana tai viimeistään seuraavana aamuna. ASA-luokituksella pyritään siihen, että potilaalle voidaan valita lääketieteellisesti perusteltu hoito ja anestesiamuoto. Käytännössä riippumatta puudutus- tai anestesiataavasta, potilas kuitenkin voidaan kotiuttaa vasta seuraavana päivänä ensisijaisesti siksi, että ensimmäinen postoperatiivinen silmälääkärin suorittama kontrolli voidaan toteuttaa ennen uloskirjausta ilman, että potilas joutuu palaamaan erikseen vastaanotolle heti leikkausta seuraavana päivänä. Tämä järjestely parantaa hoidon sujuvuutta ja potilaskokemusta.

Lisäksi kotiutusta seuraavana aamuna suositetaan erityisesti silloin, kun kyseessä on pitkämatkainen potilas tai leikkaus tehdään iltapäivällä. Lisäksi osastohoitoa arvioitaessa otetaan huomioon potilaan ja mahdollisen omaishoitajan kyky sitoutua toimenpiteeseen valmistautumiseen ja jatkohoitoon. Näissä tilanteissa on potilasturvallisuuden ja hoitokäytännön kannalta perusteltua suunnitella toiminta siten, että hyödynnetään sairaalan vuodeosasto- tai sairaalahotellikapasiteettia lyhytaikaiseen seurantaan. Tämä vastaa asetuksen tavoitetta joustavasta ja tarkoituksenmukaisesta resurssien käytöstä ilman, että kyseessä on varsinainen puudutuksen tai anestesian johdosta vuodeosastohoitoa edellyttävä toimenpide. Kiitämme, että asetus ottaa nämä potilaslähtöiset, järkevän hoidon periaatteet ja käytännön tilanteet hyvin huomioon.

ASA-luokituksella (American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System) pyritään arvioimaan potilaan yleiskuntoa ennen anestesiaa ja leikkausta. Sen tarkoituksena on varmistaa, että potilaalle valitaan lääketieteellisesti perusteltu ja turvallinen hoito- ja anestesiamuoto ottaen huomioon hänen sairautensa, riskitekijänsä ja fyysinen toimintakykynsä. ASA-luokitus tukee päätöksentekoa sen suhteen, voidaanko toimenpide tehdä sairaalassa ilman ympärivuorokautista päivystystä, vai edellyttääkö se hoitoyksikköä, jossa on anestesiavalmiudet ympäri vuorokauden ja tarvittaessa tehohoitomahdollisuus. Asetus on tämän kliinisen käytännön kanssa samansuuntainen.

Silmäkirurgiassa anestesariskit liittyvät potilaan yleiseen terveydentilaan enemmän kuin itse silmäleikkaukseen. Silmäleikkauksissa tulee kuitenkin varautua harvinaisiin refleksivasteisiin, joista merkittävin on okulkardiaalinen refleksi (Puente ym. 2025). Tämä on vagushermoveälitteinen reaktio, jossa silmän vetäminen tai paine leikkausalueella voi aiheuttaa bradykardian, rytmihäiriön tai harvinaisissa tapauksissa jopa asystolen. Riski korostuu erityisesti lapsipotilailla sekä potilailla, joilla on ennestään sydänperäisiä ongelmia (ASA III–IV).

ASA-luokituksen avulla voidaan tunnistaa ne harvat potilaat, joilla silmäleikkaus vaatii poikkeusjärjestelyitä, kuten tehostettua seurantaa tai leikkaussalitason anestesiavalmiutta. Valtaosa anestesiaa vaativasta silmäkirurgiasta voidaan kuitenkin turvallisesti toteuttaa ilman ympärivuorokautista päivystystä, kunhan anestesariskit arvioidaan yksilöllisesti ASA-luokan perusteella ja tarvittavat varotoimet toteutetaan ennakoivasti.

Silmätoimenpiteitä tehdään Suomessa laajasti ja monipuolisesti, ja ne muodostavat merkittävän osan erikoissairaanhoidon päiväkirurgiasta.

Eräitä keskeisiä toimenpideryhmiä ovat kaihi-leikkaukset (lähes 60 000 vuodessa), glaukoomaleikkaukset, verkkokalvokirurgia (ml. vitrektomiat), sarveiskalvonsiirrot ja muut silmän etuosan leikkaukset, silmäluomileikkaukset, karsastusleikkaukset, kyynelteiden ja orbitan alueen leikkaukset, silmän ja silmäkuopan kasvaimiin liittyvät toimenpiteet, lasten silmäleikkaukset, syöpäleikkaukset sekä silmävammojen leikkaukset. Silmätoimenpiteiden määrät ovat lisääntyneet ympäri maata vuosittain (Loukovaara & Haukka 2021), pääsääntöisesti väestön ikääntymisen takia.

Valtioneuvoston asetuksen 582/2017 § 5, § 6 tai § 7 ei sisällä silmätauteihin tai silmäkirurgiaan liittyviä keskitettyjä toimenpiteitä, eikä tälle ole tarvetta. Monet vaativimmat silmäleikkaukset, sijoittuvat yliopistosairaaloihin ja isoihin keskussairaaloihin, mutta se perustuu vakiintuneisiin hoidonporrastuksiin sekä valtakunnalliseen ja alueelliseen työnjakoon, johon vaikuttavat erityisesti leikkauksissa tarvittava erityinen laitevarustus, silmäkirurginen osaaminen ja riittävä toimenpidevolyyymi - ei siihen, että itse toimenpiteet edellyttäisivät pidempää valvontaa yleisanestesian jälkeen. Valtaosa näistäkin leikkauksista mahdollistaa potilasturvallisen kotiutumisen viimeistään seuraavana aamuna.

Asetus ottaa silmätautien osalta hyvin huomioon potilasturvallisuuden keskeiset vaatimukset ja antaa riittävästi liikkumavaraa kliiniselle harkinnalle. Tämä mahdollistaa silmäkirurgian toteuttamisen soveltuville potilaille myös sellaisissa hyvinvointialueiden sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä.

Silmätautien leikkaus- ja toimenpidemäärät ovat Suomessa suuria, ja monet pienemmistäkin sairaaloista ovat määrällisesti merkittäviä hoidon toteuttajia. Niillä on vakiintunut osaaminen, kokeneet ammattilaiset ja hyvin toimivat prosessit, jotka mahdollistavat silmäkirurgian turvallisen ja kustannustehokkaan järjestämisen. Korvaavan kapasiteetin järjestäminen keskittämällä hoito suurempiin keskuksiin tai yksityiseen terveydenhuoltoon olisi usein käytännössä vaikeaa eikä välttämättä parantaisi hoidon laatua tai saavutettavuutta.

Asetuksen tuoma jousto on tärkeä osa sujuvaa, tasa-arvoista ja kustannusvaikuttavaa palvelujärjestelmää, erityisesti erikoisalan toimenpiteissä, jotka eivät edellytä ympärivuorokautista tehostettua seurantaa tai välitöntä muiden erikoisalojen konsultaatiovalmiutta. Se myös ylläpitää osaamista, resilienssiä ja toimintakykyä poikkeustilanteissa ja antaa hyvinvointialueille mahdollisuuden päättää palvelujärjestelmän kannalta parhaimmat toteutustavat ja rakenteet.

Vastuu jää perustellusti potilasta hoitavalle lääkärielle ja anestesioilogille, joilla on paras kokonaisnäkemys potilaan tilanteesta ja leikkausympäristön valmiuksista. Asetus ei myöskään sido liikaa yksityiskohtiin, vaan jättää tilaa lääketieteen kehitykselle ja asiantuntijasuosituksen päivittymiselle.

Vaikka eri erikoisaloilla on erityispiirteitä, ei asetukseen tarvita silmätautien osalta erikoisalakohtaisia muutoksia. Nykyisessä muodossaan se antaa riittävät raamit myös silmäkirurgian kaltaisille toimenpidealoille.

Asetus huomioi kiitettävästi silmätautien eri potilasryhmien tarpeet, ja on tärkeää, että riittävä osaaminen lasten ja kehitysvammaisten potilaiden anestesioilogisissa erityispiirteissä taataan kaikissa yksiköissä, joissa silmätoimenpiteitä suoritetaan. Tämä varmistaa toimenpiteiden turvallisuuden ja yhdenvertaisen hoitoon pääsyn myös erityistä tukea tarvitseville potilasryhmille.

Asetuksen 4 §:ään liittyvä sääntely edellyttää tarkkuutta, jotta se on yhdenmukainen voimassa olevan lainsäädännön kanssa. On olennaista huolehtia siitä, ettei sääntely aiheuta ristiriitaa terveydenhuoltolain tai terveydenhuollon ammattihenkilölain kanssa erityisesti vastuunjaon osalta.

Nykyinen muotoilu, jossa hyvinvointialueelle asetetaan vastuu potilaan leikkauskelpoisuuden määrittämisestä (4 § 1 ja 4 momentti), poikkeaa vakiintuneesta oikeudellisesta periaatteesta, jonka mukaan hoitopäätös on aina lääkärin vastuulla. Päätöksen tekee joko hoitava lääkäri tai hänen työnantajansa ohjeiden mukaan toimiva toinen lääkäri, jonka vastuukysymykset määräytyvät terveydenhuoltolain 57 §:n ja ammattihenkilölain nojalla. Hyvinvointialueella ei ole valtuutta ohittaa tätä hoitopäätöksenteon lääketieteellistä vastuuta hallinnollisin perustein.

Lisäksi pykälän 2 momentissa kuvatut edellytykset – kuten potilasvalintaan, seuranta-aikaan ja kotiutusvalmiuteen liittyvät asiat – ovat osa normaalia hoitopäätöksentekoa, eivätkä kuulu ainoastaan tämän asetuksen kohderyhmän sääntelyn piiriin. Vastaavat seikat huomioidaan jokaisen kirurgisen potilaan kohdalla riippumatta siitä, mihin yksikköön tai hoitomuotoon hänet on ohjattu. Siksi niiden säätäminen erikseen vain tämän asetuksen soveltamisalassa voi luoda vääränlaisen tulkintakehyksen kliiniseen päätöksentekoon. Sinänsä asetuksen ajatus toiminnan edellytysten määrittämisestä on näiltäkin osin kuitenkin ymmärrettävissä.

Loukovaara S, Haukka J. Silmätoimenpiteet Suomessa vuosina 2010–2016. Suom Lääkärilehti 2021;76(43):2487–96. Saatavilla:

<https://www.laakarilehti.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/silmatoimenpiteet-suomessa-vuosina-2010-ndash-2016/> Viitattu 25.6.2025.

Puente MA ym. Oculocardiac reflex. EyeWiki. American Academy of Ophthalmology. Saatavilla: https://eyewiki.org/Oculocardiac_Reflex Viitattu 25.6.2025

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

-

Kommentit muista keskittämis- ja päivystysasetuksen muutosehdotuksista

Kommenttina liittyen päivystysasetuksen 3 §:een: Kiireellisen hoidon antaminen muualla kuin ympärivuorokautisessa päivystysyksikössä.

On sekä potilaan hoidon sujuvuuden että palvelujärjestelmän toimivuuden kannalta perusteltua, että silmätautien kiireellistä hoitoa voidaan päivä- ja ilta-aikaan antaa myös muissa kuin ympärivuorokautisissa päivystysyksiköissä. Tämä mahdollistaa hoidon aloittamisen viiveettä silloin, kun tilanne sen edellyttää, ilman että kuormitetaan ympärivuorokautisen päivystyksen resurssia.

Perusterveydenhuollolla on usein hyvät valmiudet ja selkeät ohjeet silmätautien perustason kiireellisen hoidon toteuttamiseen ja potilaan ohjaamiseen jatkohoitoon tarvittaessa. Esimerkiksi Itä-Suomessa tämä vähentää tarpeetonta potilasliikennettä ympärivuorokautisiin päivystyspisteisiin tilanteissa, joissa hoidon arviointi ja aloitus voidaan tehdä lähellä potilasta, jos kiireellinen hoito voidaan aloittaa esimerkiksi alkuillasta lähimmässä päivystyspisteessä. Monesti erikoissairaanhoidotasoinen arvio voidaan järjestää jo seuraavana arkipäivänä samassa toimipisteessä, mikä edistää hoidon jatkuvuutta, tehostaa resurssien käyttöä ja turvaa potilasturvallisuuden.

Hyvinkään yhteispäivystyksessä vuonna 2008 (Malmström 2011) perusterveydenhuolto pystyi suoraan hoitamaan 98,1 % kaikista silmätautien päivystyskäynneistä. Vain 0,1 % tapauksista johti erikoissairaanhoidon päivystyskonsultaatioon, ja 1,8 % ohjautui TRIAGE-arviossa suoraan erikoissairaanhoidon hoitoon. Kaikista yhteispäivystyksen perusterveydenhuollon käynneistä 2 % liittyi silmätauteihin. Tämä osoittaa, että silmätautien perustason päivystykselliset ongelmat ovat valtaosin hallittavissa perusterveydenhuollossa.

Silmätautien osalta kaikissa kiireellistä hoitoa antavissa yksiköissä ja laajemminkin perusterveydenhuollon toimintayksiköissä on ja tulee olla jatkossakin riittävät edellytykset perustason kiireelliseen taudinmääritykseen sekä selkeät ohjeet jatkohoitoon ohjaamisesta silloin, kun potilaan tilanne sitä edellyttää. Lisäksi apuna on aina mahdollisuus etäkonsultoida silmätautien erikoisalaa. Tämä varmistaa potilaslähtöisen ja potilasturvallisen hoitoprosessin.

Malmström T., Torkki P., Valli J. & Malmström R. (2012). Yhteispäivystyksen työnjako – Hyvinkään päivystyksen potilasvirta–analyysi. Suomen Lääkärilehti, 67(5), 345–351.

Paterno Jussi
Suomen Silmälääkäriyhdistys