



SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

05-09-2016

STM053:00/2016

SUOMEN KIRURGIYHDISTYS R.y.

5.9.2016

Lausunto: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Tausta

Hallitusohjelmassa todetaan tavoitteeksi erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen kirurgista ja muuta leikkaustoimintaa keskittämällä. Keskittämisellä tavoitellaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta. Terveystieteen uudistusta koskevat säädökset ovat parhaillaan lausuntokierroksella (<http://stm.fi/lausuntopyynnot>) ja samoin lakiluonnokset sote-uudistukseen liittyen (<http://alueuudistus.fi/lakiluonnokset>) ovat arvioitavissa.

Lausuntopyyntöön terveydenhuoltolaista liittyy luonnos **valtioneuvoston asetuksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä**. STM on antanut selvityshenkilöille (Reijo Haapiainen, Petri Virolainen) tehtäväksi arvioida kirurgisen ja operatiivisen toiminnan keskittämistä.

STM pyytää Suomen Kirurgiyhdistykseltä (SKY) lausuntoa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä koskevista periaatteista erityisesti seuraavien keskeisten kysymysten osalta.

Keskeiset kysymykset kuulemisessa ovat:

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan? (asetuksen 4§)
2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisesti 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Sosiaali- ja terveysministeriön aiempi asetus 767/16.10.2006 esitti säädöksiä erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä sekä valtakunnallisesti että alueellisesti viidelle yliopistosairaalan erityisvastuualueelle. Suomen Kirurgiyhdistys on vuonna 2007 laatinut STM:n pyynnöstä ministeriölle ehdotuksen työnjaosta kirurgian alalla vastaten myös tulevia tarpeita. SKY:n vuoden 2007 kannanotossa on otettu huomioon työnjaosta ja keskittämisestä muissa maissa saadut kokemukset, Suomen alueelliset erityispiirteet (päivystyskirurgia, ensihoito ja potilassiirrot), kirurgisen erikoissairaanhoidon valmiit rakenteet, kirurgian erikoislääkäriskoulutuksen aiheuttamat muutokset etenkin päivystyskirurgiassa, traumakirurgian ja muun päivystyskirurgian luonnollinen synergia sekä kirurgisen toiminnan integrointi muiden erikoisaloiden työnjakojärjestelyihin.

Suomen Kirurgiyhdistyksen kannanotto vuodelta 2007

Suomen Kirurgiyhdistyksen em. kannanotto on esitetty Suomen Lääkärilehdessä 36/2007 (Yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt, liite 1)¹ ja 37/2007 (Elektiivisen kirurgian työnjako ja alueellinen integrointi, liite 2)². SKY:n tuolloin esittämät nimiketasolle ulottuvat ehdotukset sekä elektiivisen että päivystyskirurgian osalta eivät ole toteutuneet. Suomen Kirurgiyhdistys edelleen allekirjoittaa vuoden 2007 kannanottonsa linjaukset ja myöhemmin tässä lausunnossaan vielä tarkentaa päivystystoiminnan järjestelyjä nykyisen päivystysasetuksen mukaisena. SKY toteaa, että tehtävien keskittämislinjausten toteutuminen ja toteutumisen todellinen mahdollistaminen on kriittisen tärkeää. Vuonna 2007 tehty ja edelleen paikkansapitävät linjaukset ovat jääneet toteutumatta ja tehtävien keskittämislinjausten toteutumista on edellytettävä terveydenhuoltolain uudistuksen säädöksillä ja asetuksilla. Suomen Kirurgiyhdistys haluaa korostaa, että kriittisen tärkeässä roolissa potilashoidon ja toiminnallisten kokonaisuuksien kannalta optimaalisessa

keskittämisessä on yliopistosairaalan eritysvastuualueen sisäinen ohjausvalta sekä kansallisesti myös yliopistosairaaloiden yhteisvastuualueen riittävä ohjausvoima.

Keskeiset kysymykset

1. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan tai vastaavan tasoiseen sairaalaan tai vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan? (asetuksen 4§)

Kirurgian segmentoituminen edellyttää keskittämistä ja riittävän osaamisen takaaminen sekä kirurgi – että sairaalatasolla vaatii riittävää leikkausten lukumäärää. Nimikekohtaiset elektiivisen kirurgian linjaukset ovat pääasiallisesti listattuna liitteinä olevissa vuoden 2007 kannanoton artikkeleissa neurokirurgiaa lukuun ottamatta. Suomen Kirurgiyhdistyksen lausunnon liitteenä (liite 3) on päivitetty kooste erikoisalakohdaisesti nimiketasolla listattuna koskien keskittämistä 1) < 5 yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet, 2) viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet ja 3) 12 laajan päivystyksen sairaaloihin keskitettävät toimenpiteet. Liitteen 3 osalta on huomioitavaa, että gastroenterologisen kirurgian osalta Suomen Kirurgiyhdistyksen kannanotto eroaa Suomen Gastrokirurgiyhdistyksen lausunnosta keskitettävien toimenpiteiden listauksen osalta.

Suomen Kirurgiyhdistys haluaa vielä korostaa, että myös viiden yliopistosairaalan keskinäinen työnjako sekä mahdollinen yliopistosairaaloiden välillä tapahtuva keskittäminen harvinaisemmissa leikkauksissa kannattaa tarkkaan arvioida. Lukumääräisesti harvinaisempien leikkausten osalta keskittäminen on olennaista kaikkien yliopistosairaaloiden kesken nimenomaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta, vaikka tällä keskittämisellä pienten leikkausmäärien pohjalta ei ole kustannus- tai tehostamisvaikutusta. Kaikkia em. leikkauksia ei pidä tehdä kaikissa yliopistosairaaloissa, vaan *yhteisesti sovittuna* tiettyjen toimenpiteiden keskittäminen vain tiettyihin yliopistosairaaloihin *kaikkien viiden yliopistosairaalan kesken* kannattaa riittävän leikkausmäärän ja kokemuksen takaamiseksi (esim. urologiassa invasiivisen rakkosyövän leikkaushoito / kystektomiat, gastro- ja rintaelinkirurgiassa ruokatorvisyövän radikaali kirurgia, gastrokirurgiassa haiman pään kirurgia ja neurokirurgiassa epilepsiakirurgia).

Usean potilasryhmän optimaalisessa hoidossa tarvitaan moniammatillista osaamista ja tämä on huomioitava tärkeänä osana hoitojen ja toimenpiteiden keskittämisessä; kysymys ei ole vain leikkaustoimenpiteiden keskittämisestä vaan hoitokokonaisuuksien ja hoitotyöryhmien sekä hoitokokonaisuuteen kuuluvien tukipalvelujen keskittämisestä. Moniammatillisen osaamisen tarve tulee useissa potilasryhmissä kaikilla erikoisaloilla lisääntymään (mm. onkovaskulaarikirurgia, perioperatiiviset onkologiset hoidot) ja kussakin keskuksessa tulee olla saatavilla koko moniammatillisen hoitoryhmän tarjoamat mahdollisuudet laadukkaan potilashoidon turvaamiseksi.

Olennaisena osana toimenpiteiden ja hoitokokonaisuuksien keskittämisessä toimenpiteiden lukumäärän ja sairaalan koon lisäksi ovat laatukriteerit, jotka ko. hoitoa antavien yksiköiden tulee täyttää. Suomen Kirurgiyhdistys haluaa korostaa laatukriteerien tärkeyttä ja uskoo, että riittävä leikkausmäärä merkittävästi tukee hoidon laatua. Suurimpien leikkaustoimenpiteiden ja hoitokokonaisuuksien osalta olisi aiheellista sopia kansallisesti EBM-pohjalta tavoiteltavat laatukriteerit, joita jatkossa keskittämisen jälkeen voidaan mahdollisimman objektiivisesti seurata ja jotka osaltaan edesauttavat ko. hoitokokonaisuuden kehittämistä.

2. Mitä hoitoja ja toimenpiteitä tulisi keskittää terveydenhuoltolain (45§) ja lain sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä (11§) luonnosten mukaisiin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin? (asetuksen 5§)

Päivystyskirurgia ja traumojen hoito edellyttävät kattavaa porrastettua organisaatiota. Laajan päivystyksen 12 sairaalassa on kaikissa ympärivuorokautinen ortopedian ja traumatologian, gastroenterologisen kirurgian sekä gynekologian leikkausvalmius, riittävät anestesia- ja tehohoidon valmiudet sekä kardiologian konsultaatiovalmius, kuvantamis- ja laboratoriopalvelut sekä valmius mahasuolikanavan tähytystsiin (gastroenterologinen kirurgia tai sisätautien gastroenterologia). Suomen Kirurgiyhdistys huomauttaa, että operatiivisten erikoisalojen listauksesta laajan päivystyksen sairaaloiden kohdalla puuttuu lastenkirurgia, joka asetustekstiin pitää lisätä. Näihin 12 laajan päivystyksen sairaalaan pitää keskittää kaikki vaativa erikoisalapäivystys sekä kaikki mahdollista tehostettua valvontaa tarvitsevat kirurgiset tai traumatologiset päivystyspotilaat tarvittavan päivystystoimenpiteen vaativuustasosta riippumatta. Päivystysasetuksessa

erikseen mainittavien kiireellisten mahasuolikanavan tähystysten keskittäminen näihin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin on aiheellista ja vaatii ensihoidon osalta alueellista ohjeistusta.

Näiden em. valmiuksen lisäksi kaikissa viidessä yliopistosairaaloissa pitää olla ympärivuorokautinen valmius neurokirurgian, plastiikkakirurgian, verisuonikirurgian, sydän- ja thx-kirurgian, urologian, korva-, nenä- ja kurkkutautien, suu- ja leukakirurgian sekä silmätautien osalta. Käsikirurgian osalta ympärivuorokautista kiireellistä hoitoa vaativa käsikirurginen päivystys tulee jatkossakin keskittää valtakunnallisesti kolmeen yksikköön (HYKS, TAYS, OYS). Näiden päivystävien kirurgisten erikoisalojen lisäksi Suomen Kirurgiyhdistys haluaa vielä erikseen korostaa yliopistosairaaloiden kohdalla ympärivuorokautisen angioradiologisen päivystysvalmiuden välttämättömyyttä. Useilla erikoisaloilla osa aiemmin operatiivisesti hoidetuista päivystystoimenpiteistä on siirtynyt mini-invasiivisemmiksi suonensisäisiksi toimenpiteiksi (esim. akuutti gi-vuoto, jonka endoskooppinen hoito ei onnistu) ja lisäksi joillekin erikoisaloille on tullut kokonaan uusia lukumääräisesti merkittäviä suonensisäisten toimenpiteiden päivystysindikaatioita (esim. trombektomia aivoinfarktin hoidossa, vuotaneen aivovaltimoaneurysman hoito). Tällä hetkellä missään yliopistosairaalassa ei ole järjestetty kattavaa suonensisäisten toimenpiteiden päivystystä (erikoisaloina nyt angioradiologia ja mahdollisesti jatkossa myös verisuonikirurgia), vaan asia on hoidettu erilaisilla paikallisilla järjestelyillä, joilla ympärivuorokautista päivystysvalmiutta ei kuitenkaan voida taata.

Päivystyskirurgiassa tapahtuva keskittäminen lisää merkittävästi päivystysrasitusta 12 laajan päivystyksen yksiköissä ja tämä edellyttää riittävää resursointia näiden keskusten päivystystoimintaan sekä henkilökunnan, leikkaussaliresurssien (erityisesti virka-aikaisen päivystyskirurgian tehokas toteutus) että vuodeosastojen kohdalla. Työnjaollisesti erityisvastuualueilla on huomioitava kaikkien resurssien tehokas käyttäminen eli päivystystoiminnan keskittyessä 12 laajan päivystyspisteen sairaalaan, pitää vastaavasti jotain muuta toimintaa siirtää toisiin soveltuviin yksiköihin erityisvastuualueen sisällä.

Elektiivisen kirurgian keskittäminen nivoutuu olennaisesti päivystyskirurgiaan ja päinvastoin päivystyskirurgian keskittyminen vaikuttaa virka-aikaisen elektiivisen toiminnan sisältöön. Kaikkien erikoisalojen osalta keskitettävän elektiivisen kirurgian osalta pitää kussakin ko. kirurgiaa tekevässä sairaalassa olla valmius hoitaa tämän operatiivisen toiminnan mahdolliset komplikaatiot 24/7. Elektiivisen kirurgian osalta 12 laajan päivystyksen sairaalaan keskitettävät toimenpiteet on listattu liitteessä 3.

Muut keskussairaalat

Muissa nykyisissä laajan päivystyksen ulkopuolelle jäävissä keskussairaaloissa (n = 7) olevan ympärivuorokautisen erikoissairaanhoidon päivystyksen pitää kattaa perustoimenpiteiden osalta sekä traumatologinen että pehmytkirurginen päivystys, jolla myös mahdollistetaan päiväaikainen kuhunkin sairaalaan suunnattu leikkaustoiminta. Näissä päivystyspisteissä tehtävien päivystystoimenpiteiden osalta on päivystyskirurgian hoidon laadun ja potilasturvallisuuden takaamiseksi huomioitava kirurgikoulutuksen segmentoituminen ja ohjeistaa päivystystoimenpiteiden suorittaminen päivystäjän oman erikoisalaosaamisen mukaiseksi. Mahdollista erikoisalakohonta tai laajempaa moniammatillista osaamista vaativat päivystykselliset kirurgiset potilaat kuuluu ohjata tai siirtää laajan päivystyksen sairaaloihin, kuten myös mahdollista tehostettua hoitoa tai valvontaa tarvitsevat päivystyspotilaat tarvittavan päivystystoimenpiteen vaatavuustasosta riippumatta.

Muissa nykyisissä keskussairaaloissa toimenpidemäärät tulevat lisääntymään aluesairaaloiden kirurgisen toiminnan merkittävästi vähentyessä. Kirurgisten ja traumatologisten päivystyspotilaiden hoidon keskittyminen laajan päivystyksen sairaaloihin vaatii uutta alueellista työnjakoa resurssien tasaiseksi jakamiseksi. Laajan päivystyksen sairaaloista joidenkin soveltuvien lukumääräisesti riittävien toimenpidekokonaisuuksien siirtäminen alueellisesti näihin muihin seitsemään keskussairaalaan vapauttaa henkilöstö-, leikkaussali- ja vuodeosastokapasiteettia näistä laajan päivystyksen sairaaloista käytettäväksi lisääntyneiden päivystyskirurgisten potilaiden hoitoon. Vastaavasti tämä mahdollistaa näiden muiden sairaaloiden toiminnallisesti tehokkaan ja lääketieteellisesti korkealaatuisen leikkauskokonaisuuden sairaaloiden profiloituessa tiettyihin isojen potilasmäärien leikkaustoimintaan (esim. ns. tyräsairaala tai ortopedisessa kirurgiassa lyhytjälkihoitoinen ja päiväkirurginen toiminta esim. olka- ja polviartroskopia).

Yhteenveto

Lausunnossaan Suomen Kirurgiyhdistys viittaa vuoden 2007 kattavaan kannanottoonsa kirurgian kansallisesta työnjaosta sekä elektiivisen että päivystyskirurgian osalta.

Yhdistyksen ehdotuksen mukainen kirurgian valtakunnallinen työnjako edellyttää merkittävää toiminnallista muutosta ja toimintojen uudelleenorganisointia. Alueellinen ja sairaalakohtainen halukkuus toimintojen uudelleenorganisointiin vaihtelee suuresti, mutta ilman radikaaleja muutoksia rakenneuudistuksen tavoitteena oleviin palvelujen yhdenvertaiseen saatavuuteen, laatuun, riittävään yksiköiden osaamiseen, asiakas- ja potilasturvallisuuteen tai kustannusten kasvun hillintään ei päästä. Keskittämisessä on olennaista huomioida kunkin toimenpidekokonaisuuden kansalliset volyymit riittävien keskuskohtaisten leikkausmäärien saavuttamiseksi. Keskittämisessä on olennaista huomioida päivystysvalmius, koska suuri osa kirurgisista potilaista tulee hoitoon päivystyksen kautta ja joillakin kirurgian erikoisaloilla päivystyspotilaiden osuus on selvästi suurempi verrattuna elektiiviseen kirurgiaan. Keskittämisessä tulee huomioida myös alueelliset erityispiirteet ja kirurgisten kokonaisresurssien tehokkaaksi hyödyntämiseksi keskittämistä tulee tapahtua molempiin suuntiin erityisvastuualueiden sisällä (keskussairaala > yo, yo > keskussairaala). Jokaisen yo- ja keskussairaalapiirin alueella tulee tehdä realistinen arvio keskittämisen vaikutuksista ja suunnitelma toimenpidemäärien lisääntymisen hoitamisesta sekä resurssien järkevästä alueellisesta jakamisesta ennen pienempien yksiköiden alasajoa. Henkilökunnan määrästä on huolehdittava ja kasvaviin yksiköihin on perustettava lisää virkoja realistisessa suhteessa. Lisäksi Suomen Kirurgiyhdistys haluaa korostaa laadukkaan erikoislääkärikoulutuksen mahdollistamisen ja takaamisen uudessa keskittämismallissa. Erikoislääkärikoulutuksen suunnittelua on tehtävä samanaikaisesti erikoissairaanhoidon työnjaon rinnalla, koska uuden työnjaolla on merkittävä vaikutus erikoislääkärikoulutuksen toteuttamisessa. Suomen Kirurgiyhdistyksen vuoden 2007 kannanoton ja tässä lausunnossa uudelleen ehdotetun työnjaon suunnitelma on jäänyt käytännössä kokonaan toteuttamatta. Olennaista keskittämisen todellisessa toteutumisessa on sen mahdollistaminen eli edellyttäminen sekä terveydenhuoltolain uudistuksen säädöksillä ja asetuksilla että yliopistosairaaloiden yhteisvastuualueen riittävällä ohjausvoimalla. Merkittävässä roolissa on myös keskittämiskäytäntöjen mahdollisimman objektiivinen seuranta etukäteen suunniteltuna valtion edellyttämänä ja mahdollistamana.

Keskittämisen toteutumista ja vaikutuksia on myös aiheellista tarkkaan valvoa, seurata sekä raportoida. Seurannan osalta tarvitaan yhteisesti sovitut yhtenäiset raportointi- ja seurantakäytännöt. Suunnitelma vaikutusten arvioinnista kannattaa tehdä prospektiivisesti sekä laajemmalla valtakunnallisella pohjalla että muutamalla hyvin suunnitellulla kohdennetulla selvityksellä. Seurannan systemaattiseksi toteuttamiseksi Suomen Kirurgiyhdistys pitää välttämättömänä kansallisten yhtenäisten hoitorekisterien käyttöönottoa. Näiden rekisterien käyttö pitää sekä mahdollistaa että edellyttää valtion tasolta ainakin suuren volyymin kirurgiassa että syöpäkirurgian osalta myös pienemmän volyymin kirurgiassa yhteistyössä kansallisen ja alueellisten syöpäkeskusten osalta. Laaturekistereillä päästään kansallisen tason hoitotuloksiin ja todelliseen benchmarking-arviointiin, joiden perusteella voidaan potilashoidon laadun ja prosessien toimivuuden lisäksi tukea prospektiivista kliinistä tieteellistä tutkimusta.

Suomen Kirurgiyhdistys edustaa kaikkia operatiivisia kirurgian erikoisaloja ja kirurgian edelleen segmentoitua toimii tärkeässä roolissa kootessaan kirurgiset erikoisalajat yhteen. Yhdistys toivoo saavansa olla aktiivisesti mukana suunnittelemassa operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskittämistä liittyen tähän valtioneuvoston asetukseen sekä laajemmin sosiaali- ja terveydenhuollon uudistukseen.

5.9.2016

Suomen Kirurgiyhdistyksen hallituksen puolesta,

Paulina Salminen
Varapuheenjohtaja

Hannu Kuokkanen
Puheenjohtaja

Johanna Laukkarinen
I sihteeri

Muut Suomen kirurgiyhdistyksen hallituksen jäsenet:

Ville Vänni, I sihteeri

Pirkka Vikatmaa, taloudenhoitaja

Ari Leppäniemi, Scandinavian Journal of Surgery

Harri Hakovirta, verisuonikirurgia

Leo Ihlberg, sydän- ja rintaelinkirurgia

Ilkka Kaartinen, plastiikkakirurgia

Leena Kivipelto, neurokirurgia

Risto Kontio, suu- ja leukakirurgia

Kati Kortelainen, yleiskirurgia

Juhana Leppilähti, ortopedia

Mikael Leppilähti, urologia

Risto Rintala, lastenkirurgia

Eero Waris, käsikirurgia

Viitteet

1.Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä: Lepäntalo M, Raatikainen T, Salminen U-S, Isoniemi H, Airo I, Alanen M, Heikkinen M, Juvonen T, Kaarela O, Keränen U, Kiviluoto T, Kröger H, Leppäniemi A, Ryhänen J, Wuokko E.

Kirurgian työnjako parantaa hoitotuloksia: yleiset linjaukset ja päivystysjärjestelyt. *Suomen Lääkärilehti*. 2007;36:3209-13.

2.Suomen Kirurgiyhdistyksen työryhmä: Lepäntalo M, Raatikainen T, Salminen U-S, Isoniemi H, Airo I, Alanen M, Heikkinen M, Juvonen T, Kaarela O, Keränen U, Kiviluoto T, Kröger H, Leppäniemi A, Ryhänen J, Wuokko E.

Elektiivisen kirurgian työnjako ja alueellinen integrointi: erikoisalakohtaiset päälinjaukset. *Suomen Lääkärilehti*. 2007;37:3325-30.