



Suomen
Gastroenterologiyhdistys ry
60 vuotta

SOSIAALI- JA
TERVEYSMINISTERIÖ

05-09-2015

STM053:00 / 2015

Suomen Gastroenterologiyhdistys R.y.

2.9.2016

Lausunto: Valtioneuvoston asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Suomen Gastroenterologiyhdistyksen jäsenmäärä on 547 jäsentä, joista suurin osa on joko gastrokirurgeja ja gastroenterologeja, muita edustettuja erikoisalaja ovat gastroenterologisia ja gastrokirurgisia potilaita hoitavat erikoissalat kuten lastenkirurgia, lasten gastroenterologia, gastroradiologia, gastropatologia sekä yleislääketiede ja -sisätaudit.

Hallitusohjelmassa todetaan tavoitteeksi erikoissairaanhoidon järjestämisen tehostaminen kirurgista ja muuta leikkaustoimintaa keskittämällä. Keskittämisellä tavoitellaan hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä tehokkuutta ja kustannusvaikuttavuutta.

Kirurgian segmentoituminen edellyttää keskittämistä ja riittävän osaamisen takaaminen sekä kirurgi – että sairaalatasolla vaatii riittävää leikkausten lukumäärää. Gastroenterologisen kirurgian lisäksi myös gastroenterologia on toimenpidevaltainen ala (diagnostiset ja terapeuttiset endoskopioid). Toimenpidevaltaisten alojen osalta on oleellista, että erityistaitoa vaativat toimenpiteet keskitetään riittävän volyymin yksiköihin joko yliopisto- tai suuremman volyymin keskussairaaloihin. Keskittämisessä on olennaista huomioida pätevystysvalmius, koska gastroenterologisessa kirurgiassa suurempi osa potilaista tulee hoitoon pätevystyksen kautta elektiiviseen kirurgiaan verrattuna. Keskittämisessä tulee huomioida myös alueelliset erityispiirteet ja gastrokirurgisten sekä gastroenterologisten kokonaisresurssien tehokkaaksi hyödyntämiseksi keskittämistä tulee tapahtua molempiin suuntiin erityisvastuualueiden sisällä. Olennaisena osana gastrokirurgian ja gastroenterologian keskittämisessä ovat myös gastroradiologia, gastropatologia sekä mahdolliset muut kunkin potilasryhmän moniammatilliseen osaamiseen kuuluvat erikoissalat (esim. onkologia, verisuonikirurgia onkiovaskulaarikirurgiassa); riittävän moniammatillisen osaamisen keskittäminen kunkin potilasryhmän hoidossa on kriittisen tärkeää mahdollisimman hyvän potilashoidon laadun takaamiseksi.

Suomen Gastroenterologiyhdistys toteaa, että tehtävien keskittämislinjausten toteutuminen ja toteutumisen mahdollistaminen on kriittisen tärkeää. Nyt päätettävien keskittämislinjausten toteutuminen on tehtävä välttämättömäksi sekä terveydenhuoltolain uudistuksen säädöksillä ja asetuksilla että yliopistosairaaloiden yhteisvastuualueen riittävällä ohjausvoimalla. Keskittämisen toteutumista ja vaikutuksia on myös aiheellista tarkkaan valvoa, seurata sekä raportoida. Seurannan osalta tarvitaan yhteisesti sovitut yhtenäiset raportointi- ja seurantakäytännöt ja Suomen Gastroenterologiyhdistys pitää välttämättömänä valtion edellyttämien ja mahdollistamien kansallisten prospektiivisten hoitorekisterien perustamista.

Suomen Gastroenterologiyhdistyksen ja Suomen Gastrokirurgiyhdistyksen lausunnot eroavat toisistaan osittain merkittävästi liittyen pienemmän volyymin vaativan gastroenterologisen kirurgian keskittämiseen, mutta pätevystysendoskopioiden ja ERCP-toimenpiteiden osalta yhdistysten lausunnot ovat samansuuntaisia. Suomen gastroenterologiyhdistys on pyrkinyt perustamaan oman lausuntonsa kokonaisuudessaan sekä vuosittaiseen kansalliseen toimenpidekokonaisuuden

volyymiin että keskittämisen hyödyistä saatavilla olevaan tieteelliseen näyttöön. Lisäksi Suomen gastroenterologiyhdistys on pyrkinyt arvioimaan toimenpidekokonaisuuksia tulevaisuuden näkökulmasta potilashoidon laadun optimaalisen toteutuksen kannalta nykytilan kuvaamisen sijaan.

Keskeiset kysymykset

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

Kirurgian segmentoituminen edellyttää keskittämistä ja riittävän osaamisen takaaminen sekä kirurgi – että sairaalatasolla vaatii riittävää leikkausten lukumäärää. Suomen gastroenterologiyhdistys hauaa myös korostaa, että lukumääräisesti harvinaisempien leikkausten osalta keskittäminen on olennaista myös yliopistosairaaloiden välillä nimenomaan hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta, vaikka tällä keskittämisellä pienten leikkausmäärien pohjalta ei välttämättä ole kustannus- tai tehostamisvaikutusta. Yliopistosairaaloiden kesken yhteisesti sovittuna tiettyjen toimenpiteiden keskittäminen vain tiettyihin yliopistosairaaloihin on tarpeen riittävän leikkausmäärän, kokemuksen, optimaalisen hoidon laadun ja potilasturvallisuuden kannalta. Yliopistosairaaloiden sisäisen keskittämisen osalta on tärkeää huomioida resurssien tehokas hyödyntäminen, eli sisäistä keskittämistä kannattaa tehdä kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan yhdessä sovittujen potilasryhmien mukaisesti.

Esimerkkeinä vielä toteutumattomasta yliopistosairaaloiden sisäisestä keskittämisestä gastroenterologisessa kirurgiassa on valtakunnalliselta leikkausmäärältään vähäinen radikaalin ruokatorvisyöpäkirurgia ja –rekonstruktiot, ruokatorvisyöpäkirurgiaa tehdään kaikissa yo-sairaaloissa sekä joissakin keskussairaaloissa, kun valtakunnallisesti Suomessa riittäisi 1-2 keskusta. Jo toteutuneesta toimivasta yliopistosairaaloiden sisäisestä keskittämisestä hyvänä erimerkkinä ovat ns. HIPEC-leikkaukset (Hyperthermic Intra Peritoneal Chemotherapy), joita tällä hetkellä tehdään vain Helsingissä ja Oulussa.

Endoskooppisia toimenpiteitä tehdään Suomessa sekä gastrokirurgien että gastroenterologien toimesta, alla endoskooppiset toimenpiteet ovat listattuna erikoisalakohtaisen volyymin perusteella vain toisen erikoisalan alle.

Alle viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet

Gastroenterologinen kirurgia

- 1) Vaativa maksakirurgia (1 keskus)
- 2) Ruokatorvikirurgia (1-2 keskusta)
- 3) Haiman pään kirurgia (2-3 keskusta)

Volyymien perusteella raskas haimakirurgia tulisi Suomessa keskittää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Tällä hetkellä Suomessa on kaksi sairaalaa, jotka täyttävät kansainväliset kriteerit volyymeissa, moniammatillisuudessa ja tutkimustyössä; HUS ja TAYS. Näissä suuren volyymin keskuksissa leikatuilla potilailla on 4 kertaa pienempi sairaalakuolleisuus ja merkittävästi parempi haimasyövän pitkäaikaisennuste. Tällä hetkellä haimasyöpäpotilas ei saa samanlaista hoitoa kaikkialla Suomessa, vaan potilas päättyy radikaaliin leikkaukseen

todennäköisemmin, jos asuu suuren volyymin keskuksen alueella. Samoin perustein keskittäminen on toteutettu jo useissa Euroopan maissa. Suomen Suomen Gastroenterologiyhdistys näkee ym. keskittämisen tässä potilasryhmässä erittäin tärkeänä ja keskittämällä keskuksia Suomessa voisi mahdollisesti olla kahden jo olemassa olevan keskuksen lisäksi kolmas yo-sairaala.

4) Mahasyövän kirurgia (2 keskusta)

5) Vaativa suoliston ja vatsaontelon kirurgia (2-3 keskusta, mm. harvinaiset polypoosit, abdominaaliset sarkoomat, HNPCC)

Harvinaisten perinnöllisten polypoosien (erityisesti FAP) ja perinnöllisen ei-polypoottisen koolonkarsinooman (HNPCC) hoidon koordinointi

6) HIPEC-hoidot (nyt jo 2 keskusta, leikkausindikaatioiden mahdollisesti lisääntyessä kolmannen keskuksen harkinta)

7) Barrettin ruokatorven radiofrekvenssiablaatiohoito, (2 keskusta, ks. ruokatorvikirurgia)

8) Lasten tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito, koliittikirurgia (1(-2) keskusta, vuosittaisen toimenpidelukumäärän osalta todennäköisimmin riittäisi yksi keskus)

Huom. lasten gastroenterologisen kirurgian osalta ks. yst. lastenkirurgian erillinen lausunto.

Gastroenterologia

1) Endoskooppinen ultraääni (3-(5) keskusta)

Endoskooppinen ultraäänitutkimus ja – toimenpiteet vaativat tekijältään riittävää toimenpidemäärää sekä ajantasaisen laitteiston (huomioitava toimenpidekohtaiset laitekustannukset). Endoskooppisen ultraäänitutkimuksen tarve liittyy olennaisena osana tiettyjen potilasryhmien kokonaisvaltaiseen diagnostiikkaan ja hoitoon (esim. haimasyöpä- ja haimatulehduspotilaat). ESD-toimepiteitä tekevillä keskuksilla pitäisi olla käytössä endo-uä, joka siis liittyy osana mahdollisiin muiden toimenpidekokonaisuuksien keskittämiseen.

2) Mahalaukun tahdistinevaluaatiot, asennus ja seuranta (1 keskus)

3) Pitkäaikaista suonensisäistä ravitsemusta tarvitsevien lyhytsuolioireyhtymäpotilaiden hoidon ohjaus sekä aikuis- että lapsipotilaiden osalta.

Lyhytsuolikonsultaatioyksikkö (yksi keskus, HYKS, jossa mukana lyhytsuolikirurgia ja ohutsuolisiirtoevaluaatiot)

Viiteen yliopistosairaalaan keskitettävät toimenpiteet

Gastroenterologinen kirurgia

- 1) Muu maksakirurgia
- 2) Muu haimakirurgia
- 3) Kolektomia + IPA / tulehduksellisen suolistosairauden kirurginen hoito
- 4) Rektumin kirurgia (rektumsyöpä, vaikeat inkontinenssi- ja anaalifistelikirurgia)
- 5) Vaativat endoskooppiset erityistoimenpiteet (esim. ESD, ks. myös endo-uä yllä)
- 6) Angioradiologinen päivystys (ks. päivystysendoskopiaat alla)

Gastroenterologia

- 1) Endoskooppinen UÄ (ks. edellä, keskusten määrä mahdollisesti alle 5)
- 2) Tiettyjen erityisryhmien kuten primaarin sklerosoivan kolangiitin ERC-seuranta
- 3) Vaikea / erityisosaamista vaativa tulehduksellisen suolistosairauden hoito
Hoito ja hoitokonsultaatiot
Kokeelliset hoidot
- 4) Vaativa hepatologia
- 5) Harvinaisten gastroenterologisten sairauksien diagnostiikka ja hoito tai hoidon ohjaus (esim. kertymäsauredet, intestinaalinen pseudo-obstruktio)
- 6) Vaikeat imeytymishäiriöt (esim. refraktaari keliakia): hoito/hoidon ohjaus
- 7) Vaikeat motiliteettihäiriöt: hoito/hoidon ohjaus
- 8) Gastroenterologinen takapäivystys

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

Gastroenterologisessa kirurgiassa päivystyspotilaiden hoito muodostaa kansallisesta toimikentästä karkeasti arvioituna vähintään puolet. Päivystyskirurgian optimaalinen toteutus edellyttää 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 tähytyksiin. Näihin 12 laajan päivystyksen sairaalaan pitää keskittää kaikki vaativa erikoisalapäivystys sekä kaikki mahdollista tehostettua valvontaa tarvitsevat gastrokirurgiset päivystyspotilaat tarvittavan päivystystoimenpiteen vaatavuustasosta riippumatta.

Päivystysasetuksessa erikseen mainittavien kiireellisten mahasuolikanavan tähytysten keskittäminen näihin 12 laajan päivystyksen sairaaloihin on aiheellista ja vaatii ensihoidon osalta alueellista ohjeistusta. Mainittakoon vielä, että elektiivisiä perusendoskoppioita pitää tehdä kaikissa endoskopiayksiköissä ja päivystysendoskoppioista ns. keltaisen kiireellisyysluokan (24–48 h kiireellisyys) tähytystä voidaan mahdollisuuksien mukaan tehdä myös muissa keskussairaaloissa kuin laajan päivystyksen sairaaloissa. Suomen Gastroenterologiyhdistys haluaa vielä erikseen korostaa yliopistosairaaloiden kohdalla ympärivuorokautisen angioradiologisen päivystysvalmiuden välttämättömyyttä. Gastrokirurgiassa osa mahasuolikanavan verenvuodoista ei ole endoskoppisesti hoidettavissa ja nämä aiemmin operatiivisesti hoidetut gi-vuotojen päivystystoimenpiteet ovat siirtyneet mini-invasiivisemmiksi angioradiologisiksi toimenpiteiksi. Tällä hetkellä missään yliopistosairaala ei ole järjestetty kattavaa angioradiologista päivystystä, vaan asia on hoidettu erilaisilla paikallisilla järjestelyillä, joilla ympärivuorokautista päivystysvalmiutta ei kuitenkaan voida taata. Angioradiologisen päivystysvalmiuden järjestäminen yliopistosairaaloihin on jatkossa välttämätöntä näiden toimenpiteiden useiden operatiivisten erikoisalojen lisääntyneiden indikaatioiden pohjalta.

12 laajan päivystyksen sairaalaan keskitettävät toimenpiteet

Gastroenterologinen kirurgia

1) Kolonsyöpäkirurgia (ei rektum, ks. edellä)

2) Päivystysendoskopiat

3) Lihavuuskirurgia

Vaatii erikoisalapäivystyksen (gastrokirurgia) mahdollisten päivystyksellisten ongelmien hoitamiseksi.

Muita laatuiperusteisia kriteereitä:

- Sairaala toimii moniammatillinen lihavuustyöryhmä.
- Lihavuusleikkauksia tekevällä kirurgilla on yli 100 leikkauksen kokemus.
- Yksikössä on vähintään kaksi lihavuuskirurgiaa tekevää kirurgia.

4) ERCP

ERCP-toimenpidettä tarvitsevista potilaista selvästi yli puolet tulee päivystyksellisesti sairaalaan sairaalaan ja ERCP-toimenpiteet pitäisi keskittää kaikkiin 12 laajan päivystyksen sairaalaan. Keskittämällä merkittävä taloudellinen vaikutus tulevien laitehankintojen pohjalta, pienemmissä yksiköissä toimenpidekohtaiset kustannukset nousevat liian korkeiksi. ERCP-toimintaan on asiantuntijoiden toimesta tehty seuraavat laatu-kriteerit, jotka täytyvät keskittämällä toimenpiteet 12 laajan päivystyksen sairaalaan.

- Yksikön post-ERCP pankreatiitti riski maksimissaan 10 %.
- Sairaala on mahdollisuus anestesiologin järjestämään sedaatioon ja kivunhoitoon toimenpiteessä.
- Lääkärillä on vähintään 80 % kanyloinnin onnistuminen natiivipapillassa ja 250 ERCP:tä tehtynä valvotusti ennen itsenäistä toimintaa.

Gastroenterologia

1) Huomattavia lääkekustannuksia aiheuttavien sairauksien hoitopäätökset

-esimerkkeinä B-hepatiitin lääkehoitotarpeen evaluointi (pitkäaikainen ja kustannuksia aiheuttava lääkitys) ja C-hepatiitin hoitoevaluaatio (lyhyt lääkehoito, mutta huomattavat kustannukset)

2) Vaikean tulehduksellisen suolistosairauden hoito

3) Harvinaisemmat endoskooppiset erityistoimenpiteet (esim. kaksoisballonkienteroskopia, ohutsuolen kapselikuvaus)

4) Ruokatorven funktiotutkimukset (osassa sairaaloista gastroenterologien tekemiä, suurimmassa osassa sairaaloista kuuluu kliiniseen fysiologiaan)

Suomen gastroenterologiyhdistyksen hallituksen puolesta,

Paulina Salminen
Puheenjohtaja
dos, yl
Kirurgian ja gastrokirurgian el
TYKS

Taina Sipponen
Varapuheenjohtaja
dos, oyl
Sisätautien ja gastroenterologian el
HYKS

Pauliina Molander
Sihteeri
LT, el
Sisätautien ja gastroenterologian el
HYKS

Heikki Nuutinen
Varainhoitaja
LL, el
Sisätautien ja gastroenterologian el
TYKS

Johanna Laukkarinen
dos, yl
Gastrokirurgian el
TAYS

Arto Kokkola
dos, oyl
Kirurgian ja gastrokirurgian el
HYKS

Mikko Kiviniemi
LL, el
Gastroenterologian el
KYS

Laura Merras-Salmio
LT, el
Lasten gastroenterologian el
HYKS