



Suomen Erikoislääkäriyhdistyksen lausunto 28.6.2024

Lausuntopyyntö luonnoksesta hallituksen esitykseksi laiksi terveydenhuoltolain muuttamisesta sekä siihen liittyviksi laeiksi (sairaalat)

Lausuntopyynnön diaarinumero: VN/31908/2023

Kommentit leikkaustoimintaa koskevista muutosehdotuksista (terveydenhuoltolaki 45 §)

Muutosesityksessä monierikoisalainen ympärivuorokautinen päivystys rajattaisiin yhteen yliopistolliseen tai yhteen keskussairaalaan kullakin hyvinvointialueella. Tämä olisi edellytys anestesiaa ja leikkaussaliolosuhteita vaativalle leikkaustoiminnalle

Poikkeuksena pääsääntöön päiväkirurgiaa ja lyhytjälkihoitoista eri erikoisalojen leikkaustoimintaa voitaisiin kuitenkin suorittaa erikseen nimetyissä sairaaloissa (momentti 4), vaikka niissä ei voisi jatkossa olla monierikoisalaista ympärivuorokautista päivystystä (Kemi, Oulainen, Salo, Savonlinna, Valkeakoski, HUS-yhtymän sairaalat).

Kevyttä nukutusta tai puudutusta vaativia toimenpiteitä säädetyin edellytyksin olisi mahdollista suorittaa muissakin toimintayksiköissä (momentti 5). Samoin paikallis- tai johtopuudutuksessa tehtäviä toimenpiteitä käyttäen lievää sedaatiota rentouttavilla lääkkeillä ja kivun lievitystä. Tämä järkevöittää hoidon porrastusta sekä vahvistaa lääkäreiden klinisiä taitoja perustasolla.

Perusteluosassa esitetään, että valtioneuvoston asetuksella säädettäisiin *tyhjentävä* lista 4 ja 5 momentissa tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä. Myös momentin 3 toimenpiteistä olisi mahdollista säätää asetuksella, vaikka niistä ei ole mahdollista laatia kovin tarkkoja listoja. Yhtä selvää on, ettei niitä tule laatia tyhjentävästi momenteissa 4 ja 5 tarkoitetuista leikkauksista ja toimenpiteistä.

Terveydenhuollon palveluverkosto toimii kokonaisuutena, jonka yhden osan ongelmat kuormittavat verkoston muita osia. Kiireetön leikkaustoiminta on erikoissairaanhoidon peruspalvelu, jonka tuottaminen voidaan suunnitella palveluyksikön resurssien mukaan tehokkaaksi ja tuottavaksi. Sen ennustettavuus on hyvää, kun prosessi toimii oikein. Kaiken perusta on oikea potilasvalinta, mikä vaatii hyvää kliinistä osaamista.

Yksittäisinä riskitekijöinä leikkauksen suuruus tai anestesian laajuus ovat usein vähäisempiä kuin yksittäisen potilaan ennen leikkausta tunnistettava muu terveydellinen riskitekijä, esimerkiksi perussairaus. Tätä riskiä voidaan minimoida hyvällä leikkausta edeltävällä valmistelulla ja riskien arvioinnilla. Tunnistettava riskitekijä saattaa toisaalta nostaa leikkausriskiä merkittävästi ja edellyttää toimenpiteen tekemistä yksikössä, jossa on laajemmat valmiudet mahdollisten poikkeamien hoitoon.

Monierikoislaisen ympärivuorokautisen päivystyksien lakkauttaminen osassa sairaaloita johtaa leikkausjonojen kasvuun vastaanottavissa yksiköissä, joista monissa hoitotakuu ylitetään jo nyt. Leikkaussalikapasiteetti ei riitä potilasmäärän kasvaessa. Resurssit tulee vahvistaa tarpeen mukaisiksi ennen olennaisia toiminnan rajauksia muissa yksiköissä.

Kirurgisten toimenpiteiden liiallinen ja harkitsematon keskittäminen saattaa uhata toimenpiteiden tasavertaista alueellista saatavuutta ja vaikeuttaa erikoisosaamisen ja ammattihenkilöstön saatavuutta. Toivottua henkilöstöresurssin uudelleenohjautumista ei ole realistista odottaa laajamittaisesti. Työvoima ei siirry karttajarjoituksiin, vaan lopputuloksena saattaa olla henkilöstön kokonaismäärän pysyvä pieneneminen. Hyvinvointialueille tulee jättää harkinnanvaraa olemassa olevan laitteiston ja osaamisen hyödyntämiselle paikallisesti.

Lakiesityksessä käytetty termi 'kevyt nukutus' on lääketieteellisesti epämääräinen. Sana 'kevyt' on syytä jättää pois ja puhua vain nukutuksesta.

PÄIKI ja LYHKI

Päiväkirurgisesti (PÄIKI, potilas kotiutuu saman päivänä) ja lyhytjälkihoitoisesti (LYHKI, potilas kotiutuu viimeistään seuraavana aamuna heräämöstä) tehdään nykyään sekä pientä että keskisuurta kirurgiaa. Aiemmin vuodeosastolla seurattujen potilaiden hoitoprosesseja on lyhennetty näihin toimintamalleihin soveltuviksi.

Kokonaisuuteen vaikuttavat leikkaustyyppi, potilas ja hänen kuntoisuutensa, PÄIKIÄ tukeva prosessi sekä välineistö. Samoja leikkaustoimenpiteitä voidaan tehdä avoimesti tai mini-invasiivisemmin pienemmästä avauksesta esimerkiksi tähystäen. Päätös siitä, soveltuuko aiemmin vuodeosastojaksoa vaatinut leikkaustyyppi kehitettäväksi tai käytettäväksi PÄIKI- tai LYHKI-prosessiin edellyttää lääketieteen ammattilaisten asiantuntijuutta ja ammattitaitoa.

PÄIKI -ja LYHKI toiminnan kehittäminen ja volyymin kasvu vähentävät kokonaiskustannuksia. Hyvinvointialueiden oman toiminnan koordinointi on joustavampaa ja leikkaussali- ja henkilöstökapasiteetin hyödyntäminen optimaalisempaa.

Kehitystä ei saa pysäyttää säätämällä toimenpidekohtainen lista tämänhetkisen tilanteen perusteella.

Kommentit kiireellisen hoidon tarpeen arviota ja kiirevastaanottotoimintaa koskevista säännösehdoituksista (terveydenhuoltolain 50 §:n 1 ja 2 momentti)

Perusterveydenhuollon vahvistamista tarvitaan jakamaan päivystystaakkaa, joka on nyt keskittynyt ympärivuorokautisiin päivystyksiin. Niiden epätarkoituksenmukainen kuormitus on tärkeää saada kanavoitua päiväaikaan käynteihin.

Kommentit monierikoisalaisen ympärivuorokautisen päivystyksen keskittämistä koskevista säännösehdoista (terveydenhuoltolain 50 §:n 3-5 momentit ja voimaanpanolain 59 §:n kumoaminen)

Monierikoisalainen päivystystoiminta edellyttää riittävän laajaa ympärivuorokautista päivystysleikkausvalmiutta ja riittävää virkapohjaa kullekin erikoisalalle (Suomen Lääkäriliiton päivystyssuositus). Toistaiseksi vakanssit eivät ole seuranneet potilasvirtojen muutosta ja keskitetyissä päivystyksissä kuormitus on kova. Myös virka-aikaisen toiminnan tulee olla riittävän laajamuotoista viranhaltijoille toiminnan laadun, vaikuttavuuden, tuottavuuden, kehittymisen ja tehokkuuden varmentamiseksi.

Mikäli työnkuva kaventetaan liikaa sairaaloissa, joissa ei ole monierikoisalaista päivystystä, mm. operatiivisten alojen lääkäreiden toimenkuvan mielekkyys ja houkuttelevuus huonontuvat. Myös henkilökunnan saatavuus helposti vaikeutuu näissä yksiköissä.

Suomessa ei ole pulaa terveydenhuollon koulutetusta henkilöstöstä. Työvoiman saatavuuteen ja sijoittumiseen vaikuttavat mm. työnkuva, työolosuhteiden positiiviset ja negatiiviset asiat, alan yleinen arvostus ja palkkaus sekä kilpailu työnantajien välillä. Sairaaloiden lukumäärän karsiminen ei automaattisesti johda henkilöstön saatavuuden parantumiseen tai taloudellisesti suotuisampaan kehitykseen.

Synnytysten hoidossa keinotekoisen 1000 synnytyksen rajan sijaan tulisi arvioida kokonaisturvallisuutta ja perheiden kokonaisvaltaista hyvinvointia. Päätökset synnytyssairaaloiden kohtalosta tulisi jättää hyvinvointialueille. Tämä voisi vahvistaa henkilöstön pysyvyyttä ja työpaikkojen pitovoimaa. Synnytyssairaalaverkon karsiminen saattaa johtaa pidentyneiden välimatkojen vuoksi poikkeamatilanteisiin, joihin tulee varautua. Potilasturvallisuus tulee varmistaa.

Kommentit ympärivuorokautista perusterveydenhuollon tai akuuttilääketieteen päivystystä koskevista sääntelyehdoista (terveydenhuoltolain 51 §:n 6 momentti)

Hyvinvointialueiden kustannuslaskelmat poikkeavat paikoin huomattavasti STM:n esittämistä arvioista (esimerkiksi Kouvolan Ratamokeskus ja Savonlinnan keskussairaala). Alueelliset palvelutarvearviot, paikalliset olosuhteet ja kerrannaisvaikutukset talouteen, elinkeinoelämään ja aluekehitykseen sekä terveydenhuoltoalan koulutusresursseihin tulisi ottaa huomioon.

Ympärivuorokautisten päivystyspisteiden määrää, sijaintia ja toimintatapaa ei tule säätää sitovasti, vaan hyvinvointialueille tulee jättää harkinnanvara. Onko väestölle avoimen päivystyksen kielto tarkoituksenmukainen silloin, kun lääkäri on paikalla joka tapauksessa, hoitamassa sairaalan sisäistä päivystystä, kotisairaalatoimintaa tai kotihoitoa? Väestön ikääntyessä hajautettu ympärivuorokautinen päivystys palvelee hauraan väestönsosan tarpeita inhimillisemmin ja vähentää potilaskuljetuksia. Sairaalaan ottamisen yöaikaan tulisi olla mahdollista, vaikka valmista hoitosuunnitelmaa ja hoitolinjauksia ei olisi tehty.

Ympärivuorokautisen päivystysverkon vähentämisen vastapainoksi lääkärihelikopteritoimintaa halutaan edelleen vahvistaa. Kuitenkin ylivoimaisesti suurimmassa osassa helikopterin tehtävistä sen tuoman lisäresurssin arvo on vaatimaton eikä toiminnan lääketieteellinen peruste ole riittävä.

Suuren osan vuodesta sääolosuhteet rajoittavat helikopterien toimintaa, mutta tukikohtien ylläpitokulut pysyvät korkeina. Sairaaloiden päivystyksen yhteydessä toimiva ja sieltä ensihoidon mukaan lähtävä ensihoitolääkäri olisi kustannuksiltaan merkittävästi pienempi. Ensihoitolääkäreistä suuri osa toimiikin pyörillä kulkien.

Helikopteritoimintaa tulisi koordinoida yhteistyössä järkevästi ja niitä tulisi hyödyntää vain sellaisissa tehtävissä, joissa tavoitettavuus muutoin on poikkeuksellisen huono.

Mahdolliset muut hallituksen esitystä koskevat kommentit

Palveluiden saatavuus ja laadun seuranta

Leikkaustoiminnan laatua ja potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta sekä niiden edellyttämää osaamista tulee mitata kansallisten laaturekistereiden tulosten perusteella (THL hoitoilmoitusrekisteri, tekonivelrekisteri, erilaiset tautispesifiset syöpärekisterit jne.).

Terveydenhuollon laatuun ja potilasturvallisuuteen perustuvan ohjaamisen tulee perustua rekisteröityyn seurantatietoon ja seurantatuloksiin. Siinä tulee huomioida yksittäisen yksikön toimenpiteiden kokonaismäärän lisäksi yksittäisten lääkärien suorittamien toimenpiteiden määrä. Esimerkiksi keskussairaalassa tekonivelkirurgin leikkausmäärä saattaa olla moninkertainen yliopistosairaalassa toimivan tekonivelkirurgin toimenpidemäärään.

Terveydenhuollon laadusta, potilasturvallisuudesta ja vaikuttavuudesta tulee huolehtia ensisijaisesti omavalvonnalla lääketieteellisen profession toimesta. Näiden ulkoista valvontaa ja raportointia varten tarvitaan avoimet kansalliset laatukriteerit sen sijaan, että laatua pyritään parantamaan ei-lääketieteellisesti perustelluilla toimenpidemäärillä (vrt. Iso-Britannia, NIH: Best Practices -standardi).

Laatuun, potilasturvallisuuteen ja lääketieteeseen perustuva leikkaustoimenpiteiden rajaaminen tulee tapahtua samoin perustein julkisessa terveydenhuollossa ja yksityisissä terveydenhuollon yksiköissä.

Lääkärikoulutus

Lääkärin osaamistason perusta on lääketieteellisten tiedekuntien antama koulutus, joka kuitenkin kärsii vakavista opettajavajeista. Myös opetukseen soveltuvista ja siihen suostuvista potilaista on pulaa yhä enemmän. Kun opiskelijaryhmät ovat isoja, monta lääkäriopiskelijaa tutkii samaa potilasta ja opiskelijakohtainen harjoittelu jää vähäiseksi. Koska monien kliinisten taitojen opettelu on siirtynyt työelämän alkuvuosiin, seniorilääkärin ohjauksen merkitys on kasvanut.

Palveluverkon harventaminen ei saa vaikeuttaa opetustyötä. Jos kokonaisosaaminen heikkenee, se kootuu terveydenhuollon suurempina kuluina.

Lääkärin erikoistumiskoulutus

Lakiesityksen perusteluosassa arvioidaan, ettei erikoislääkärikoulutuksen volyymi kansallisella tasolla vähenisi, vaan vain siirtyisi osittain toisiin sairaaloihin. Lääkäreitä siirtyisi niihin sairaaloihin, joissa on parhaat koulutus-, työ- ja etenemismahdollisuudet ja koulutuksen laatu mahdollisesti paranisi, kun parhaat osaajat työskentelevät ja opettavat keskitetyissä yksiköissä.

Huomiotta jää, että resurssit erikoistuvien opetukseen ja ohjaukseen ovat pitkään olleet riittämättömät.

Yliopistosairaaloissa annettava erikoistumiskoulutus on monella erikoisalalla ruuhkautunut.

Erikoislääkärikoulutuksen aloituspaikkojen eli opinto-oikeuksien lisääminen ei sellaisenaan nopeuta tai lisää erikoistumista ilman erikoistumispaikkojen/-virkojen määrää kasvattamista.

Erikoislääkärikoulutuksesta merkittävä osa tapahtuu keskussairaaloissa. Koulutuksen sisällöstä, vaatimuksista ja suunnittelusta vastaavat yliopistot, mutta koulutuksen etenemiseen vaikuttavat merkittävästi palvelujärjestelmän puitteet ja tarpeet. Varsinaisia kouluttajia ovat lähikouluttajina toimivat erikoislääkärit oman työnsä ja tehtäviensä ohessa ja koulutettavat toimivat työvoimana palvelujärjestelmässä.

Potilastyö erikoislääkärin ohjauksessa on käytännössä tärkein osa erikoistumiskokonaisuutta. Erikoistumisen alkupuolella - ennen yliopistosairaalaksoa - kliinisen potilastyön laaja-alainen oppiminen ja substanssiosaamisen kerryttäminen on hyvin tärkeää. Se vaatii kädestä pitäen opetusta ja yhteisten potilaiden tutkimista ja hoitamista, mestari-kisälli-vuorovaikutuksessa. Lähikouluttajina toimiville erikoislääkäreille ei yleensä ole varattu aikaan ohjaustehtävään. Lisäksi erikoislääkäreitä siirtyy joustojen puutteen vuoksi yhä enemmän yksityissektorille. Miten erikoislääkärikoulutuksen koulutusvolyymi turvataan tällaisessa tilanteessa?

Leikkaustoiminnan mahdollinen keskittyminen entisestään on uhka operatiivisten alojen erikoislääkärikoulutukselle ja luo lisäpainetta suurempiin keskuksiin. Palveluvalikon kapeutuminen eri sairaaloissa vaikuttaisi erikoistumisen laatuun. Sairaaloiden mahdollinen työnjako leikkausten suhteen pirstaloisi erikoistuvien lääkäreiden koulutuspolkua. Erikoistumiskoulutuksen rakenteessa voidaan joutua huomioimaan nykyistä tarkemmin se, mitä erikoisalaopintoja missäkin terveydenhuollon yksikössä voidaan laskea hyväksyttäväksi koulutukseen.

Päivystystyö on tärkeä osa erikoislääkärikoulutusta myös niillä aloilla, joilla poliklinikkatoiminta voitaisiin hyvin järjestää päivystämättömässä yksikössä. Konservatiivisilla aloilla vuodeosastoille tulevat potilaat hakeutuvat sairaalaan pääosin päivystyksen kautta eikä kokemus ilman päivystystyötä ole riittävän monipuolista. Keskittäminen tulee vaikuttamaan rekrytointiin myös konservatiivisilla aloilla.

Perusteluosassa esitetty toimintamalli, jossa lääkäri päivystäisi eri sairaalassa päivätyöhönsä nähden tuottaisi merkittäviä ongelmia. Välimatkat työpisteiden välillä voivat olla pitkiä. Sairaaloiden erilaiset tietojärjestelmät kuormittavat ja hidastavat työtä. Työn sujuvuuden, työturvallisuuden ja potilasturvallisuuden sekä lääkärin oman jaksamisen kannalta kollegojen ja hoitohenkilökunnan, ”talon tapojen” sekä paikallisten hoitoketjujen tunteminen on ensiarvoisen tärkeää.

Perusteluosassa todetaan, että erikoistumiskoulutuksen paikkasidonnaisuutta voitaisiin vähentää kehittämällä digitalisaatioon pohjautuvaa oppimista. Käytössä on jo kansallisten ja myös kansainvälisten erikoisalayhdistysten tarjoamaa digitaalista koulutusta (webinaarit, etäkoulutukset). Tällaisten koulutusten käyttökelpoisuus ja niiden osuus koulutuksesta vaihtelee erikoisaloittain. Digitaalisuutta voidaan lisätä vain rajallisesti. Paikkasidonnaisuuden vähentäminen koulutuksessa ei voi olla tavoiteltavaa.

Esitys arvioi, ettei laaja siirtyminen yksityissektorille vaikuta todennäköiseltä seuraukselta päivystystoiminnan muutoksista. Tosiasiallisesti isot palveluntuottajat rekrytoivat aktiivisesti hyvin nuoria lääkäreitä, jopa loppuvaiheen opiskelijoita. Yksityissektorin tarjoamat mahdollisuudet vähentävät kiinnostusta erikoistua ja heikentävät työvoiman riittävyyden näkymiä useilla erikoisaloilla. Päivystysten keskittäminen ja siitä johtuva työkuorman kasvu vähentävät kiinnostusta ja saattavat muodostua jopa esteeksi erikoistumiseen hakeutumiselle.

Kommentit muista säädösmuutosehdotuksista

-

Kommentit esityksen vaikutusarvioista

Taloudellisessa vaikutusarviossa tavoitteita asetettiin mm. vuokravoiman vähenemiseen, etäpalveluihin ja hoidon indikaatioiden yhtenäistymiseen sekä yleisesti henkilöstökustannusten leikkaamiseen.

- Säästölaskelmissa esitetty henkilöstöresurssi tuottaa kuitenkin myös muita palveluita kuin laskelmissa huomioitua.
- Palvelutarpeen kasvaminen vaatii lisäresursointia vastaanottavissa yksiköissä, joissa useimmissa on jo entuudestaan henkilökuntavaje. Mahdollinen siirtyvä henkilöstö ei ole riittävä korjaus vajeeseen.
- Yöaikaisten palvelujen sisällön muokkaamisella (esim. yöaikaiset röntgen- ja laboratoriapalvelut jne.) voidaan saada vastaavia säästöjä.
- Päivystyksen keskittymisen aiheuttama kuormitus johtaa monierikoisalaisen päivystyksen kovempaan ruuhkautumiseen, kun palveluntarve on yleisesti korkeampaa (esim. epidemiat, tapaturmien määrän kasvu säätilan vuoksi, helteiden aiheuttamat terveysongelmat jne.) ja aiheuttaa riskejä potilasturvallisuudelle, palvelun laadulle sekä kuormittaa entisestään terveydenhuollon henkilöstöä.

Kustannusarvioissa tulee ottaa huomioon myös potilaiden ajankäyttö, sairauspoissaolot ja toiminnan muutoksen aiheuttamat menetykset alueiden taloudelle.

Tiivistelmä annettavan lausunnon sisällöstä

PÄIKI- ja LYHKI-kirurgian jatkuvaa kehitystä ei saa rajoittaa laatimalla listoja eri yksiköissä sallittavista toimenpiteistä. PÄIKI- ja LYHKI-kirurgiaan soveltuvuuden harkinta edellyttää asiantuntijuutta ja ammattiosaamista.

Työnkuvan tulee säilyä riittävän laajana kaikissa sairaaloissa niin, että työ on erikoislääkäreille mielekästä ja motivoivaa (rekrytointi, saatavuus, osaaminen).

Akuuttilääketieteen ympärivuorokautinen päivystys tulee suunnitella taloudellisesti, ensisijaisesti maayksiköiden käytön perustalle.

Erikoislääkärikoulutuksen edellytykset tulee turvata, lähikoulutus ja ohjaus varmistaen. Koulutuksen vaatiman päivystystoiminnan tulee tapahtua ensisijaisesti samassa yksikössä.

Kommentit sosiaalipäivystystä koskevasta erillisestä muistiosta