

26.5.2014

STM/Kirjaamo

Viite: STM 1312/2014

LAUSUNTO HENGITYSTESTIN TEHNEEN ANESTESIALÄÄKÄRIN OSALLISTUMISESTA VAINAJAN ELINTEN HOITOON ELINIRROTUSTA VARTEN

Sosiaali- ja terveysministeriö pyysi 17.4.2014 ETENEn lausuntoa siitä, voiko aivo-kuoleman todennut anestesialääkäri hoitaa vainajaa elinsiirtoleikkauksessa. Lausuntopyynnön liitteenä oli HYKSin Elinsiirto- ja maksakirurgian klinikan ylilääkäriin, professori Helena Isoniemen ja HYKSin Meilahden teho-osasto 20 osastonylilääkäriin, dosentti Anna-Maria Koivusalon kirje 25.3.2014 sekä sen johdosta Valviran 14.4.2014 laatima lausunto. Tämän lisäksi ETENellä oli käytössään asiaa koskeva lainsäädäntö sekä biolääketiedesopimuksen ja sen elinsiirtopöytäkirjan sekä elinsiirtopöytäkirjan selitysmuistion vastaavat tekstit.

ETENE käsitteli asiaa kokouksessaan 8.5.2014. Neuvottelukunnan kuultavana oli osastonylilääkäri Leena Soininen HYKSin Meilahden sairaalasta. Taustatietoa elinsiirtotoiminnasta ovat ETENELLE toimittaneet myös ylilääkäri, professori Helena Isoniemi, ylilääkäri Olli Kirvelä sekä ylilääkäri Tarja Randell HYKSistä.

Suomen lainsäädäntö

Suomi on ratifioinut Euroopan Neuvoston ihmisoikeuksien ja ihmisarvon suojaamiseksi biologian ja lääketieteen alalla tehdyn yleissopimuksen (ETS 164, myöhemmin biolääketiedesopimus) sekä siihen liittyvät ihmisten toisintamisen kieltämisestä (ETS 168) ja sekä sen ihmisalkuperää olevien elinten ja kudosten siirroista (ETS 186, myöhemmin elinsiirtolisäpöytäkirja) tehdyt lisäpöytäkirjat valtiosopimuksella 24/2010, joka astui Suomessa voimaan 1.3.2010. Suomessa elinsiirtoja säätelee terveydenhuollon lainsäädännössä erityisesti laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellistä käytöstä (101/2001, myöhemmin kudoslaki). Lain perusteella sosiaali- ja terveysministeriö on antanut asetuksen kuoleman toteamisesta (asetus 27/2004).

Biolääketiedesopimuksen elinsiirtolisäpöytäkirjassa on säännökset elinten ja kudosten irrottamisesta kuolleilta henkilöiltä (IV luku) ja siinä yhteydessä säännös kuolleeksi toteamisesta. Lisäpöytäkirjassa ”siirto” käsittää koko prosessin elimen irrotuksesta elimen siirtoon vastaanottajalle, mukaan lukien kaikki valmisteluun, säilytykseen ja talteenottoon liittyvät toimenpiteet. Lisäpöytäkirjan 16 artiklassa todetaan, että ”lääkärit, jotka toteavat henkilön kuolleeksi, eivät saa osallistua välittömästi elinten tai kudosten irrottamiseen kuolleelta henkilöltä taikka myöhempään siirtoon liittyviin toimenpiteisiin tai vastata elinten tai kudosten mahdollisten vastaanottajien hoidosta.”

Vastaava säännös on kirjattu kudoslakiin. Siinä todetaan (kudoslaki, 8 §, 3. mom), että lääkärit, jotka toteavat kuoleman, eivät saa osallistua elimien, kudoksien ja solujen siirtotoimintaan. Saman pykälän toisessa momentissa säädetään, että kuolema on todettava siten kuin sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään. Kudoslaisa



määritellään, että ihminen on kuollut, kun kaikki hänen aivotoimintansa ovat pysyvästi lakanneet. Asetuksessa 27/2004 määritellään, kuinka aivokuolema todetaan. Tämän lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön oppaassa 2004:5 (Kuoleman toteaminen: Opas terveydenhuollon henkilöstölle) on yksityiskohtaisempia ohjeita kuoleman toteamisesta. Oppaassa mainitaan, että ”Kuoleman todenneet tai kuoleman toteamista edeltäviä lääketieteellisiä tutkimuksia tehneet lääkärit eivät saa osallistua elinsiirtopotilaan hoitoon. Tämä ei estä sitä, etteikö lääkäri, joka on todennut kuoleman, voisi huolehtia elintoimintoja ylläpitävistä hoidoista ja muista tarvittavista lääketieteellisistä toimenpiteistä siihen saakka kunnes elinten irrottamisleikkaukseen ryhdytään”. Tämän lisäksi ohjeissa todetaan, että elinsiirtoihin osallistuvat lääkärit eivät saa osallistua kuoleman toteamiseen eivätkä keskusteluihin elinluovutuksista aivokuolleen potilaan omaisten kanssa.

Suomessa elinsiirrot on keskitetty Helsingin seudun yliopistolliseen keskussairaalaan erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä annetulla valtioneuvoston asetuksella (336/2011).

Elinsiirtotoiminta Suomessa

Suomessa on elinsiirtoja tehty jo vuodesta 1964. Aivokuolema määriteltiin lääkintöhallituksen yleiskirjeellä vuonna 1971, minkä jälkeen elinsiirtotoiminta kehittyi nopeasti. Nykyisin tehdään kuolleilta henkilöiltä keskimäärin sata elinluovutusta vuodessa. Näistä lähes 30 % tapahtuu keskus- tai aluesairaalassa (277 luovutusta 955:sta v. 2004 - 2013). Yhdeltä luovuttajalta saaduilla elimillä hoidetaan keskimäärin kolme potilasta, parhaimmillaan seitsemän ihmistä voi saada elimen samalta luovuttajalta. Vuonna 2013 siirtoelimiä saatiin 95 elinluovuttajalta, näistä monielinluovuttajia oli 63 %.

Vuonna 2013 elinsiirtoja tehtiin 265 kpl. Suomessa eri elinten siirtojonoissa on yli 350 ihmistä. Vuosittain n. 6 % elinsiirtoa odottavista ihmisistä kuolee leikkausjonossa sen takia, että heille ei löydy sopivaa siirrettävää elintä. Elinsiirrot pelastavat potilaan hengen maksan, sydämen ja keuhkojen vaikeissa sairauksissa. Munuaisten toiminnan pettäessä voidaan potilasta hoitaa pitkäänkin dialyysihoidolla. Vaikeassa sydämen vajaatoiminnassa voidaan lyhyen aikaa käyttää mekaanista pumppua, ja maksan toiminnan pettäessä lyhytaikaista albumiinidialyysihoidoa.

Suomessa elinsiirtotoiminta on keskittyneempää kuin monissa muissa Euroopan maissa. Elinsiirrot on keskitetty Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan. HYKSin elinsiirtotoimisto koordinoi kaikki Suomen elinluovutusleikkaukset. Elinluovuttajia tulee kaikista keskussairaaloista ja eräistä aluesairaaloista. Kaikissa sairaaloissa hoidetaan myös elinsiirtoa odottavia ja elinsiirron saaneita potilaita.

Elinsiirtojen määrää rajoittaa siirtoelinten puute. Vuonna 2013 Suomessa oli keskimäärin 17,5 aivokuollutta luovuttajaa miljoonaa asukasta kohden, kun esimerkiksi Kroatiassa ja Espanjassa on yli 30 luovuttajaa miljoonaa asukasta kohden. Suomessa on myös merkittäviä alueellisia eroja elinluovutusten väestöön suhteutetuissa määrissä. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan vuosina 2007–2009 Suomessa vain vähän yli puolelta mahdollisista luovuttajista voitiin irrottaa käyttökelpoiset elimet. Suurin yksittäinen ongelma oli mahdollisten elinluovuttajien tunnistaminen vaikeasti sairaiden potilaiden joukossa reilussa viidenneksessä tapauksista.

Suomessa elinsiirtotoiminta ja elinluovutustoiminta on varsin selkeästi eriytetty toisistaan. Henkilöt jotka vastaavat elinluovutuksista, eivät osallistu siirtotoimintaan, ja



elinsiirtotoiminnasta vastaavat eivät tee päätöksiä elinluovutuksista. Luovutuksissa pyritään elinten mahdollisimman hyvään siirtokelpoisuuteen. Suomessa elinsiirtotoiminnan tulokset ovat hyviä: vuoden kuluttua siirrosta toimii 85–95 % elimistä ja kymmenen vuoden kuluttua 60–80 %.

Elinsiirtoprosessi

Elinluovuttajan aivokuoleman aiheuttaa tavallisimmin vaikea aivoverenvuoto tai vaikea aivovamma. Aivojen tilannetta kartoitetaan mm. kuvantamalla, ultraäänitutkimuksin, aivojen sähköisen toiminnan mittauksin tai vastaavin menetelmin. Neurologisten testien tarkoituksena on tutkia, onko potilaan aivoissa tai aivorunkotasolla toimintaa. Mikäli ei, tehdään hengitystesti. Jos nämä kaikki osoittavat potilaan aivotoiminnan lakanneen, voidaan henkilö todeta kuolleeksi. Aivokuoleman toteaa useimmin kaksi lääkäriä, joista toinen on neurologi tai neurokirurgi ja toinen anestesia­lääkäri tai teho­hoitollääkäri.

Jos henkilö todetaan kuolleeksi, hoidon tavoitteeksi asetetaan luovutettavien elimien elin- ja siirtokelpoisuuden paras mahdollinen ylläpito siihen saakka, kunnes elimet voidaan irrottaa. Päätöksen siitä, ryhdytäänkö näihin toimenpiteisiin tekee yleensä sairaalassa toimiva kirurgi, joka on asiasta yhteydessä HYKSin elinsiirtotoimistoon; potilaan tutkineet neurologi tai anestesia­lääkäri eivät osallistu tähän päätöksentekoon. Elinsiirtoryhmä päättää saamiensa tietojen perusteella, ryhdytäänkö siirtoon, ja mitä elimiä on mahdollista käyttää niitä tarvitsevien potilaiden hoitoon.

Jos elinsiirtotoimintaan voidaan ryhtyä, elinten irrotukseen osallistuvat henkilöt valmistautuvat lähtemään HYKSistä luovutuspaikkakunnalle. Nopeimmillaan elinten irrotuksesta vastaava ryhmä voi lähteä paikalle pari tuntia potilaan kuolleeksi toteamisen jälkeen, mutta tarvittavat tutkimukset voivat aiheuttaa viivytyksiä. Matka luovutussairaalaan saa kestää enintään kaksi tuntia. Elinten haku kestää keskimäärin yhdeksän tuntia. Nykyisin monielinluovutuksiin lähtevän henkilöstön määrä on varsin suuri: munuaisen, sydämen ja keuhkojen, sekä maksan, suolen ja haiman irrotukseen tarvitaan omat ryhmät, joissa on kirurgien lisäksi instrumenttihoitajia sekä koordinaattoreita. Lähellä oleviin sairaaloihin tiimit voivat lähteä eri aikoihin, mutta esimerkiksi Pohjois-Suomen keskussairaaloihin ryhmät kulkevat samaa matkaa lentokoneella.

Helsingin yliopistollinen sairaanhoitopiiri lopetti vuonna 2011 elinluovutus­päivystyk­sen. Tämä tarkoitti paitsi yhden päivystyspisteen vähentämistä myös sitä, että anestesia­sairaala­lääkärin tehtävät sijoitettiin sairaalan muuhun päivätoimintaan. Lopettamista perusteltiin sillä, että anestesia­lääkäreitä tarvitaan päivisin HYKSissä monissa muissa tehtävissä, ja päivystys­rasite on anestesia­lääkäreillä muutenkin varsin suuri. HYKSissä on nykyisin 27 anestesiologian päivystyspistettä, näistä kuusi Meilahden sairaalassa, jossa elinsiirtoleikkaukset tehdään. Sairaaloissa tehdään myös iltatöitä leikkausjonojen purkamiseksi, ja tämä lisää anestesiologien työtaakkaa. Anestesia­lääkärin irrottaminen omista tehtävistään voi viivyttää lähtöä elintenhakumat­kalle ja viivytys voi vaikuttaa irrotettavien elinten toimintakykyyn siirron jälkeen. Myös päivystystyön vapaa-aikahyvitys voi vaikeuttaa normaalia leikkaustoimintaa, jossa anestesia­lääkäreiden erityisosaamista tarvitaan. Elinsiirtotoimintaan päte­vöityneitä anestesia­lääkäreitä ei ole HYKSin ulkopuolella niin paljon, että heitä riittäisi päivystys­toiminnan ylläpitoon.



Elinsiirtotoimintaan liittyvät eettiset kysymykset

Elinsiirrot ovat nykyaikaista, huippuosaamista vaativaa potilaan hoitoa. Elinluovutus voi pelastaa elimen saajan hengen pelastava tai parantaa merkittävästi hänen elämänlaatuaan. Suomessa elinsiirtojen tulokset ovat kansainvälisestikin vertaillen erinomaisia: noin yhdeksän kymmenestä elimestä toimii vuoden kuluttua siirrosta, noin kolme neljästä elimestä vielä viiden vuoden kuluttua. On arvioitu, että munuaissiirto säästää dialyysikuluja noin puoli miljoonaa euroa, ja munuaissiirre maksaa itsensä takaisin jo kahden vuoden sisällä siirtoleikkauksesta. Myös sydänsiirto on kustannusvaikuttavaa verrattuna mekaaniseen tukilaitehoitoon. Kustannusvaikutus ei kuitenkaan ole ainoa merkittävä näkökulma: munuaissiirron avulla potilas pääsee eroon dialyysihoidosta, mikä sitoo potilaan säännöllisesti hoitoon, altistaa riskeille ja on potilaiden kokemusten mukaan myös fyysisesti raskasta hoitoa. Samoin sydämen mekaaninen pumppulaite sitoo potilaan pääasiassa sairaalahoitoon. Sekä Suomessa että muualla tehdyissä tutkimuksissa on todettu että maksansiirtopotilaiden elämän laatu useimmiten paranee siirron jälkeen.

Elinsiirtotoiminta on pääosin päivystystoimintaa. Lähes kaikki elinten irrotukset tapahtuvat päivystysaikaan, samoin elinsiirrot, jotka tehdään välittömästi elinirrotusryhmän palattua HYKSiin. Elinten ja kudosten tuho alkaa välittömästi aivokuoleman jälkeen, ja mitä pitempi aika kuluu, sitä suurempi on riski menettää luovutettava elin.

Elinluovutuksia koskevat tiukat eettiset kriteerit ja periaatteet sekä tiukat kansalliset ja kansainväliset säännökset. Säännösten tiukkuus on rakennettu nimenomaan varmistamaan luottamusta ja ehkäisemään epäeettistä toimintaa. Säännöksissä kielletään potilaan kuolleeksi toteavien lääkärien osallistuminen elinsiirtoprosessiin lähtien elinten irrotuksista siirtopotilaan hoitoon. Tarkoituksena on eriyttää elimen luovuttajan hoito elinten saajan hoidosta, jotta estetään kuoleman toteamisen kriteereiden väljentyminen tai omaisten painostaminen suostumaan luovuttajan tahdon tai vakaumuksen vastaiseen elinluovutukseen. Kansainvälisesti elinsiirtotoiminnan luottamusta horjuttaa eräissä maissa käyty elinkauppa. Suomessa elinsiirrot on keskitetty yhteen julkisen terveydenhuollon ylläpitämään yliopistosairaalaan, jossa on tieto kaikista elinsiirtoa odottavista potilaista ja heidän terveystilanteestaan. Elinsiirtotulokset ovat maailman huippuluokkaa, ja luottamus toimintaan on hyvä. Suomessa elinluovutukset ja elinsiirrot on hallinnollisesti erotettu toisistaan. Myös HUSin sisällä nämä toiminnat on eriytetty sekä toiminnallisesti että hallinnollisesti.

Suomessa aivokuolleen potilaan tutkimukset tekee neurologi tai neurokirurgi ja anestesioologi. Kuoleman toteamiseen osallistuu usein myös muita erityisosaajia, esimerkiksi radiologi, neurofysiologi, sekä hoitohenkilöstöä. Usein tilannetta seuraavat myös potilaan lähiomaiset, joille tilanne ja testien tulokset tulee selvittää perusteellisesti. Monesti tehdään myös lisätutkimuksia, joita on lueteltu STM:n ohjeessa 2004:5. ETENEn kokouksessa kuultu osastonylilääkäri Leena Soininen totesi, että kriteerit ja selvitykset ovat vedenpitävät: tutkimuksia ei voi läpäistä henkilö, jolla aivojen toiminta voi palautua.

Anestesia­lääkärin osuus elinsiirtojen onnistumisessa on keskeinen, koska aivokuoleman jälkeen elimistön solujen tuho alkaa välittömästi. Elinten toiminnan ylläpitäminen niiden irrotukseen saakka on ratkaisevan tärkeää, jotta ne toimisivat myös siirron jälkeen. Suomen oloissa on vaikea toimia siten, että kuoleman toteamisen jälkeen elimien toiminnasta vastaisi elinsiirtoryhmän anestesia­lääkäri, joka suotuisissakin oloissa on tuntien matkan päässä sairaalasta. Mikäli halutaan toimia niin, että kuoleman to-



teamiseen osallistuva lääkäri ei osallistuisi toimintaan joka johtaa elinten irrotuksiin, pitäisi kuoleman toteavan lääkärin olla anestesioologi tai hengitystestiin perehtynyt lääkäri, joka ei muuten osallistu potilaan hoitoon. Tämä on normaalioloissa järjestettävissä keskussairaaloissa, jolloin päiväsaikaan hengitystestin voi suorittaa anestesioologi joka ei osallistu muuten potilaan hoitoon, ja päivystysajalla sairaalaan voidaan hyllyttää toinen anestesialääkäri lisätöihin. Ongelmallisia ovat loma-ajat ja pitkät pyhäajat, jolloin toisen erikoislääkärin kutsuminen vapaa-ajalta sairaalaan pelkäästään hengitystestin tekemistä ja tulkitsemissa varten on vaikeaa.

ETENEn näkemyksen mukaan potilaan hoito ja hänen luovutuskelpoisten elintensä hoito kuoleman toteamisen jälkeen muodostaa oman kokonaisuutensa ja sitä voidaan tarkastella elinsiirrosta erillisenä toimenpidesarjana. Voidaan ajatella, että elinten toiminnan ylläpito jatkaa potilaan hyvää hoitoa kudosten irrotukseen saakka. Potilaan oma tahto selvitetään aina ennen siirtoon ryhtymistä, joten mikäli hän ei ole eläessään vastustanut elinten luovutusta, voidaan katsoa että myös tässä vaiheessa hoito on potilaan tahdon mukaista hoitoa. Näin tulkittaessa anestesioologi ei osallistu välittömästi elinten siirtoon, vaan huolehtii siirron valmistelun vaatiman prosessin loppuun saattamisesta. Tätä tulkintaa tukee se, että elinsiirto- ja elinluovutustoiminnot ovat Suomessa hallinnollisesti eriytyneet, samoin se, että päivystävä anestesioologi on koko prosessin ajan luovuttajasairaalan työntekijä.

Toisenlainen ongelmatilanne syntyy, jos sekä elinluovutus että irrotetun elimen siirto tapahtuvat samassa sairaalassa. Tällöin on mahdollista, että anestesioologi, joka on osallistunut kuoleman toteamiseen, voi myöhemmin joutua teho-osastolla hoitamaan siirtoelimen saanutta potilasta. Yliopistosairaalassa tämä voidaan välttää riittävän selkeällä ohjeistuksella ja sisäisin järjestelyin, kunhan asia tiedostetaan. Kuoleman voi elinluovutustilanteessa todeta esimerkiksi toisen yksikön lääkäri, joka ei päivystä teho-osastoa, jossa elinsiirtopotilaita hoidetaan siirtoleikkauksen jälkeen.

ETENEn kannanotto

ETENE katsoo, että elinsiirtotoiminta on lääketieteellistä huippuosaamista edellyttävää toimintaa, jonka hyöty on merkittävä paitsi yhteiskunnan kustannusten säästönä, erityisesti potilaan ja hänen läheistensä elämänlaadun parantamisena. Elinsiirtotoimintaa rajoittaa luovutettavien elinten määrä, jonka vuoksi kaikkien tahojen tärkeä tehtävä on mahdollistaa luovutettavien elinten mahdollisimman hyvä saatavuus. Suomessa lähes kaikki siirtoelimet saadaan kuolleilta luovuttajilta, joista joka kolmas hoidetaan keskussairaalan tai aluesairaalan hoidossa eri puolilla Suomea.

ETENE suhtautuu vakavasti elinsiirtoihin liittyvään kansalaisluottamuksen turvaamiseen; tämä on sekä kansallisten että kansainvälisten asiaa koskevien säännösten taustalla. On tärkeää pitää elinluovutustoiminta ja elinsiirrot erillään toisistaan. Suomessa nämä toiminnot on hallinnollisesti ja toiminnallisesti erotettu varsin hyvin. Luovuttajasairaalassa henkilöstö toimii aivokuolleen potilaan hoidossa, ja toisaalla elinsiirto-ryhmät tekevät päätökset siirrettävistä elimistä, eivätkä puutu paikallisiin hoitopäätöksiin.

Anestesialääkärien rooli elinluovutustoiminnassa on merkittävä ja keskeinen elinten toimintakyvyn ylläpitämisessä. Vakavasti sairaan potilaan tehohoidosta vastaa anes-



tesioologi, ja mikäli potilasta ei voida pelastaa, kuoleman testaamiseen tarvitaan hänen osaamista. Mikäli henkilön elimiä on mahdollista käyttää elinsiirtotoimintaan, tehtävä jatkuu tehohoitona kunnes elimet voidaan irrottaa, usein tunteja potilaan kuolleeksi toteamisen jälkeen.

Tehtävä on henkisesti raskas myös päivystävälle anestesialääkärille. Yliopistosairaalassa tehtävät voidaan jakaa usealle henkilölle, jolloin anestesialääkärin ei tarvitse jatkaa potilaan elinten hoitoa sen jälkeen, kun hän on todennut tämän kuolleeksi. Keskussairaalassa päivystysaikaan työskentelee usein vain yksi anestesialääkäri, joka vastaa tehohoidossa olevien sekä leikattavien potilaiden anestesiasta ja kivuttomuudesta. Aivokuoleman testauksessa anestesialääkärille kuuluu hengitystestien tekeminen ja tulkinta. Päivystystilanteissa ei aina pystytä erityisjärjestelyihin, joilla kuoleman toteaisi ja siirtoleikkaukseen siirtyvän vainajan elinten toimintaa ylläpitäisi eri anestesialääkäri.

Asiantuntijoita kuultuaan ja asiaa pohdittuaan ETENE ehdottaa, että anestesialääkärin toiminta voidaan koko hoitoprosessin ajan tulkita elinluovutustoiminnaksi, joka Suomessa on selkeästi ja myös hallinnollisesti erotettu varsinaisesta elinsiirtotoiminnasta, siis elinten irrotuksesta ja siirrosta. Anestesialääkärin rooli ja tehtävä eivät muutu, kun kuolleeksi todettu potilas siirretään teho-osastolta leikkaussaliin. ETENE katsoo, että kyseessä on nykylainsäädännön mukaisesti potilaan tahdon mukainen hyvän hoidon jatkumo. Hoito jatkuu vielä elinirrotuksen jälkeen, jolloin potilas irrotetaan hengityskoneesta ja kaikki elintoimintoja ylläpitävät hoitotoimenpiteet voidaan lopettaa. Hyvä kuolema ja kommunikaatio potilaan läheisten kanssa kuuluu potilaan hyvään hoitoon. Näkemystä tukee myös se, että elinluovutukseen osallistuvat henkilöt, siis myös potilasta hoitava anesthesiologi, ovat koko toiminnan ajan luovuttajasairaanhoitopiirin palveluksessa. Elinsiirtoryhmän jäsenet ovat hallinnollisesti siirtotoiminnasta vastaavan eli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin viranhaltijoita.

ETENE kuitenkin katsoo, että anestesialääkäriin kohdistuvan henkisen kuormituksen takia on suotavaa, että kuoleman toteaa eri lääkäri kuin potilaan hoidosta vastaava ja kuolleen potilaan elintoimintoja ylläpitävä lääkäri. Tämä on syytä huomioida myös silloin kun sekä elinluovutus että elinsiirto tapahtuvat molemmat HYKSissä, jossa anestesialääkäri voi muutoin joutua hoitamaan sekä elinluovuttajaa että elinsiirtopotilasta.

ETENE pohti myös asian taloudellisia näkökulmia. Elinsiirrot ovat erittäin hyödyllisiä potilaan elämänlaadun kannalta, mutta säästävät myös yhteiskunnan kustannuksia. Jos yhteiskunnan luottamus edellyttää, että elinten irrotukseen osallistuu elinsiirtotoimintaan kuuluva HUSin anestesialääkäri, tarvitaan ympärivuorokautinen päivystysjärjestely. Nykyisellään HYKSissä toimivia anestesialääkäreitä ei voi irrottaa muista työtehtävistään, joten järjestelyt voivat tarpeettomasti viivyttää elinsiirtoleikkauksia ja siten huonontaa hoidon tuloksia. Ympärivuorokautinen päivystys edellyttäisi vähintään viiden lääkärinviran perustamista. Jos irrotusleikkauksia on noin sata vuodessa, ja näistä n. 30 % tehdään keskussairaaloissa, on kyseenalaista olisiko tällaisen toiminnan ylläpito yhteiskunnan kokonaisedun kannalta tarkoituksenmukaista.

Valvira ilmaisee lausunnossaan, että keino turvata elimen irrotustoiminnassa paras osaaminen on sisällyttää elinsiirtokeskuksen irrotusryhmään oma anesthesiologi. ETENEn tekemien selvitysten mukaan tämä ei vähennä paikallisten anestesialääkäreiden tehtäviä, sillä irrotusryhmän anestesialääkäri voisi saapua paikalle irrotusleikkaukseen vasta tunteja potilaan kuolleeksi toteamisen jälkeen, jonka ajan vainajan hoito on sai-



raalassa toimivan anestesia­lääkärin vastuulla. Potilaan hoitovastuu jää paikallisille päivystäville lääkäreille myös irrotusleikkauksen jälkeen.

ETENE ei ota kantaa siihen, pitääkö Suomen lainsäädäntöä muuttaa, mikäli elinluovutustoimintaa halutaan ylläpitää ja vahvistaa keskussairaaloissa. ETENE toteaa, että kudoslain 8 §:n sanamuoto vastaa varsin pitkälle biolääketiedesopimuksen lisäpöytäkirjan artiklan 16 tekstiä. Neuvottelukunta toteaa myös, että elinluovutus- ja elinsiirtotoiminnan eriytyminen nykyisellään kahdeksi itsenäiseksi toiminnaksi voidaan tulkita olevan yhdenmukainen artiklan ja sen perustelumui­stion periaatteiden ja tavoitteiden kanssa. Tämä vahvistaa yhteiskunnan luottamusta elinsiirtojärjestelmään nykyisessä julkisessa terveydenhuollossa. Mikäli terveydenhuoltojärjestelmämme näiltä osin muuttuu tulevaisuudessa, on asia otettava uudelleen tarkasteltavaksi.

Neuvottelukunnan puolesta

Puheenjohtaja



Markku Lehto

Pääsihteeri



Ritva Halila

Tiedoksi Liisa-Maria Voipio-Pulkki, STM/sosiaali- ja terveyspalveluosasto
 Kirsi Ruuhonen, STM/sosiaali- ja terveyspalveluosasto
 STM/peruspalveluministeri
 Professori, ylilääkäri Helena Isoniemi, HYKS Meilahden sairaala
 Osastonylilääkäri Anna-Maria Koivusalo, HYKS Meilahden sairaala
 Osastonylilääkäri Leena Soinen, HYKS Meilahden sairaala
 Ylijohtaja Marja-Liisa Partanen, Valvira

