

Dnro (VSSH) 385/2017

Sosiaali- ja terveysministeriö
PL 33
00023 VALTIONEUVOSTO

Asia Lausuntopyyntö 5.5.2017, STM037:00/2017

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri kiittää mahdollisuudesta antaa lausunto valtioneuvoston asetuseronnoksesta erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä.

Yleistä

Asetuksen tavoitteena on parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta sekä hillitä erikoissairaanhoidon kustannusten nousua. Lähtökohtaisesti kaikki ihmiset ovat oikeutettuja yhdenvertaiseen ja laadukkaaseen erikoissairaanhoidon riippumatta asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta tai tuloluokasta. Lausuttavana oleva luonnos mahdollistaa asetettujen tavoitteiden saavuttamisen ja selvän parannuksen nykytilaan nähden, mutta se edellyttää runsaasti sopimista työnjaosta yliopistosairaaloiden ja nykyisten erva-alueiden kesken.

Osaamisen kokoaminen mahdollistaa laadun parantamisen, hoitolinjojen yhtenäistämisen, parhaiden käytänteiden käyttöönoton ja hoidon saatavuuden kaikkina vuoden ja vuorokauden aikoina huomattavasti nykytilaa paremmin. Työnjaoissa on huomioitava päivystysasetuksen vaikutukset palvelutarjontaan. Asetuseronnos tulisi toteutuessaan muuttamaan monien sairaaloiden työnkuvaa merkittävästi. Akuutti, erityisesti operatiivinen toiminta, tulisi jatkumaan vain sairaaloissa, joissa on ympärivuorokautinen yhteispäivystys. Muihin sairaaloihin keskittyisi kuntouttava toiminta. Näiden sairaaloiden toimintaedellytysten turvaaminen ja erikoissairaanhoidon lähipalvelujen varmistaminen ovat edellytyksiä toimivalle hoidon integraatiolle.

Asetuseronnos on potilaslähtöinen ja sen avulla korkealaatuiset erikoissairaanhoidon palvelut ovat mahdollista taata kaikille kansalaisille myös tulevaisuudessa diagnostiikan ja hoidon kustannusten yhä huomattavasti kasvaessa. On hyvä, että hoidon kriteerit esim. leikkausmäärä- ja perioperatiivisen hoitovalmiuden kriteerit koskevat samalla tavalla kaikkia palveluntarjoajia.

1 § - Asetuksen soveltamisala

Ei kommentoitavaa

2 § - Erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat yleiset periaatteet

Tutkimusten, toimenpiteiden ja hoidon keskittäminen vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan on perusteltua osaamisen keskittämisen kannalta harvinaisissa ja joissakin kustannuksiltaan korkeissa tautiryhmissä. Nykyisellä sairaalarakenteella ei voida huolehtia kaikkien erikoisalojen ja erilaisten diagnostiikka- ja hoitomuotojen saatavuutta koko maassa. Pirstoutuminen ja siitä johtuva resursien hajautuminen estää osaamiskeskusten synnyn. Syntyville keskuksille on luotava edellytykset toteuttaa toimintaa valtakunnallisina keskuksina. Näin ei aina ole tähän mennessä tapahtunut. Pelkkä nimeäminen keskuksiksi ei riitä, vaan resursoinnista on samalla huolehdittava vaadittavalla tavalla.

Toisaalta kansalliseksi keskuksiksi nimeäminen ei saa johtaa palvelun monopolihinnoitteluun ja keskuksella tulisi olla velvollisuus huolehtia koulutuksesta sekä mahdollistaa hoitoon lähettävien yksiköiden asiantuntijoiden osallistuminen lähettämiensä potilaiden hoitoon myös kansallisessa keskuksessa.

3 § - Valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteensovittaminen

Alueellisen tasapuolisuuden kannalta on positiivista, että kaikille yliopistosairaaloille on saatu oma erityisvastuualueensa, vaikka ne kooltaan ja merkitykseltään eivät ole yhtenevät.

Helsingin seudun yliopistolliselle keskussairaalalle on perustellusti ehdotettu elinluovutustoiminnan valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista. Tämän ei kuitenkaan tulisi sisältää allogeenisia kantasolusiirtoja.

Kansallinen hematologityöryhmä esittää, että Suomessa tarvitaan kaksi toimintayksikköä suorittamaan allogeeniset kantasolusiirrot ja ettei enempää siirtoyksiköitä tarvita. Kahden allogeenisen kantasolusiirtokeskuksen malli on toiminut sujuvasti ja nähty tarkoituksenmukaiseksi, jotta pystytään takaamaan potilaiden nopea ja tasavertainen hoitoon pääsy ja se, että mahdollisten äkillisten sattumien varalta on olemassa varakeskus. Yksi keskus ei pysty hoitamaan ruuhkautumatta Suomessa vuosittain tehtävää noin 150 aikuisten allogeenisistä kantasolusiirtoa. Viime vuosina Turku on tehnyt kaikista aikuisten allogeenisistä kantasolusiirroista noin 40 % ja Hki noin 60 %. Suomessa ei ole tarvetta kolmelle allogeenisia kantasiirtoja tekeväälle keskukselle. Siirtokeskuksen siirtomäärien on oltava riittävät, jotta hoidon hyvä taso voidaan saavuttaa ja säilyttää. Valtioneuvoston erikoissairaanhoidon keskittämisestä annettavan asetuksen yleisiä periaatteita ovatkin kansalliselta keskukselta vaadittava korkea asiantuntemus, osaaminen ja kokemus. Uuden siirtokeskuksen pystyttäminen on erittäin pitkä ja

haastava hanke, sillä kantasolusiirtotoiminta on nykyään paljon komplisoidumpaa kuin vielä 10 - 20 vuotta sitten. On erittäin tärkeää, että siirtokeskuksilla on valmius ottaa uudet siirtomenetelmät ja soluterapiat käyttöön muun maailman tahtiin ja että niissä pystytään toteuttamaan kehitys- ja tutkimustyötä. Suomessa ei ole tällä hetkellä myöskään riittävästi siirtolääkäreitä pyörittämään menestyksekkäästi kolmea siirtokeskusta toiminnan edellyttämine laatujärjestelmineen.

Helsingin ja Turun allogeenisten siirtokeskusten hoitotulokset ovat hyvät ja työryhmän näkemyksen mukaan allogeeniset kantasolusiirrot tuleekin keskittää edelleen näihin kahteen keskukseseen, missä on jo valmiina toiminnan edellyttämä tietotaito, kokemus, kansainväliset laatujärjestelmät (JACIE) ja puitteet. On tärkeää huolehtia, että näiden siirtokeskusten resursointi (mm. lääkärimäärä) on toiminnan vaatimalla tasolla.

4 § - Alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteensovittaminen

Pykäläluonnoksessa korostetaan alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteensovittamista. Yliopistosairaalan on huolehdittava tietyistä nimetyistä erikoisairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteensovittamisesta. Pykäläluonnos jättää kuitenkin avoimeksi, kuinka tämä tulisi tehdä. Yliopistosairaaloille olisi annettava riittävä vastuu mutta myös velvollisuus järjestää potilaiden hoito alueellaan mielekkäällä tavalla. Tämä edellyttää myös mahdollisuutta resurssien siirtoihin eri yksiköiden välillä ja toiminnanohjaamiseen alueelliset erityispiirteet on huomioiden.

1) AVH-potilaiden hoidossa ja kuntoutuksessa on merkittäviä kansallisia eroja, joita tulisi käytänteiden yhtenäistämällä pienentää. AVH-potilaiden erityistason kuntoutuksesta huolehtiminen vaatii lisäresursointia, mutta samalla on huolehdittava että integraatio muuhun kuntoutukseen ei vaarannu.

2) Verkostomalli on paras malli harvinaisten sairauksien hoitoon. Osassa harvinaisten sairauksia diagnostiikkaa ja hoitoa tulisi keskittää harvempaan kuin viiteen sairaalaan ja tämän organisoiminen voisi tapahtua kansallisesti. VSSHP ehdottaa pienten endokrinologisten kasvainten PET-diagnostiikan, neurofibromatoosin UVA1-hoidon ja Fabryn taudin keskittämistä Turun yliopistolliseen keskussairaalaan.

3) Nykyisin alkuraskauden yhdistelmäseulontaa ja raskausajan rakenneseulontaa säädellään asetuksella, jonka mukaan näiden seulontojen järjestämisvastuu on kunnilla. Valtakunnallista tai alueellista laadunvalvontaa ei nykyisessä systeemissä ole. Suomessa raskausajan seulonnat toteutetaan kirjavasti. Sekä alkuraskauden seulonta että rakenneseulonta sisältävät ultraäänitutkimuksen, joka toteutetaan eri kunnissa joko keskitetysti erikoisairaanhoidon yksiköissä, kunnan toimesta tai ostopalveluna kolmannelta sektorilta. Pykälässä 4§ tuodaan esiin että seulontaprosessin laadunvarmistus tapahtuu sairaanhoitopiirin toimesta. Sairaanhoitopiiri ei voi varmistaa sellaisen prosessin laatua, jota se ei omista. Pykälästä tulisi käydä ilmi, että:

- 1) Viisi yliopistollista sairaalaa ylläpitävät sairaanhoitopiirit omistavat sikiöseulontaprosessin ja huolehtivat sen laadunvarmistuksesta
- 2) Laadunvarmistusta varten tarvitaan valtakunnallinen rekisteri.

Aiheenvaihduntasairauksien seulonta vastasyntyneillä perustuu sosiaali- ja terveysministeriön suositukseen (7.4.2014, STM017:00/2011). Sosiaali- ja terveysministeriö suositteli, että yliopistolliset sairaalat vastaisivat yhdessä synnyttäneiden aineenvaihduntasairauksien seulontaohjelman kansallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja laadunvarmistuksesta. Harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonta nähtiin tarkoituksenmukaiseksi keskittää yhteen laboratorioon, jotta luotettavan seulontamenetelmän edellyttämä osaaminen voidaan varmistaa ja analyysikustannukset näytettä kohden pitää kohtuullisina. Kliininen kokemus ja koko seulontaprosessin laadunvarmistus edellyttävät laboratoriot toiminnan kytkemistä lasten aineenvaihduntasairauksiin erikoistuneen yksikön toimintaan. Tällöin voidaan varmistaa nopea hoidon aloitus ja yhtenäinen valtakunnallinen hoitojärjestelmä kaikille lapsille.

Valtakunnallisilla yhteistoimintasopimuksilla Turun yliopistollisessa keskussairaala ja siinä toimiva synnyttäneiden aineenvaihduntasairauksien seulontalaboratorio ovat vastanneet vastasyntyneiden aineenvaihduntatautiin seulontanäytteiden analyysistä ja jatkotutkimusten ohjauksesta koko maassa. Tämä Turun yliopistollisen keskussairaalan synnyttäneiden aineenvaihduntasairauksien seulontakeskus (SASKE), johon on yhdistetty kiinteä yhteistyö Lasten ja nuorten klinikan kanssa, on osoittautunut valtakunnallisesti menestykselliseksi ja laadukkaaksi toiminnaksi. Tätä valtakunnallisesti keskitettyä toimintaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on valmis jatkamaan ja kehittämään.

4) Lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskusten tulisi tarjota sama palvelu ja palveluvalikoima koko yliopistosairaala-alueelle. Saman erikoisalalan palvelujen tuottaminen sekä maakunnan liikelaitoksessa että sen yhtiössä tuo ongelmia ja merkittäviä lisäkustannuksia ja uhkaa pirstaloida toimintaa vaadittavan syvemmän integraation sijaan. Oppilashuolto on nyt eriytetty siten, että psykologit ja kuraattorit toimivat kunnassa ja kouluterveydenhuolto maakunnassa. Nyt suunnitelmien mukaan kouluterveydenhuollon lisäksi erikoissairaanhoito toteutetaan maakunnan liikelaitoksessa, samoin kuin päivystys, lastensuojelu ja viranomaispäätöksiä vaativa sosiaalityö. Hoitokokonaisuuden takia tämä johtaa siihen, että lasten hoidon osalta sote-keskuksien osuus ja osaaminen jäävät marginaalisiksi. Säädöksiä tulisi näin ollen selkiinnyttää ja todeta, että lasten hoidon osalta liikelaitoksissa oleva perhekeskustoiminta toteuttaa parhaiten sekä horisontaalisen että vertikaalisen integraation tavoitteet.

5) Palliatiivinen hoito tulee järjestää potilaskohtaisesti ja palliatiiviseen hoitoon perehtyneiden asiantuntijoiden toimesta. Tyksin alueella palliatiivisen hoidon suunnittelu ja järjestämistyö kesken, mutta valmiudet ERVA/yhteistoiminta-alueen vaativan palliatiivisen ja saattohoidon kokonaisuuden suunnitteluun ja yhteensovittamiseen ovat olemassa.

6) Ei lisättävää.

7) Kaikissa yliopistosairaaloissa tulisi olla syöpäkeskus, joka toimii kansallisen keskuksen osana ja organisoii alueen syöpätautien hoidon. Syövän hoidosta merkittävä osa voidaan antaa lähipalveluna, mutta diagnostiikan ja hoidon suunnittelu tulisi keskittää yliopistosairaaloihin. Huolta on siitä, ohjaako asetusteksti koordinaatiotehtävää liikaa tietyn sairaanhoitopiirin tehtäväksi, vaikka tarkoitus on että lisätään kansallista yhteistyötä ja koordinaatiota

8) Ei lisättävä, mutta Suomessa on kaksi suu- ja leukakirurgian erikoisalaa, joista toinen on lääkäritutkintoon, toinen hammaslääkäritutkintoon pohjautuva ja ne ovat samannimiset. Tätä ei voida kaikilta osin pitää onnistuneena ratkaisuna ja sitä tulisi selkeyttää.

9) Menetelmien arvioinnin osalta asetusteksti on hyvin pinnallinen. Uusien menetelmien ja esimerkiksi kalliiden lääkkeiden käyttöönotosta täytyy saada myös kansallisia linjauksia. Eri yliopistosairaalapiireissä ei voi olla huomattavasti toisistaan poikkeavia käytäntöjä. Yliopistosairaalan rooli on alueellisesti merkittävä uusien hoitojen ja tekniikoiden käyttöönotossa. Kalliit menetelmät on arvioitava luotettavasti ennen käyttöönoton laajentamista esimerkiksi HTA-menetelmää hyödyntäen. Johtopäätöksiin tarvittavan määrän kokoamisen edellytys on se, että kokeilut tehdään keskitetysti ja suunnitellusti. Lisäksi kaikkien palvelun tarjoajien tulisi sitoutua yhteisiin seuranta- ja auditointijärjestelmiin, jotta hoidon laatua, kustannustehokkuutta ja vaikuttavuutta voitaisiin seurata. Hoidon vaikuttavuuden tulisi olla tulevaisuudessa hoidon priorisoinnin ensisijainen peruste. Auditointi ja seuranta mahdollistaisi myös sen, että potilailla olisi mahdollisuus verrata eri hoitolaitoksia keskenään, mutta tämän lisäksi he saisivat myös tietoa eri hoito- menetelmien eroista. Parhaiten tämän mahdollistaisi tautikohtaisten rekisterien käytön edellyttäminen.

10) Ei lisättävää.

11) Kyseessä on merkittävä tehtävänsiirto yliopistosairaaloille. Siirtoa ei tulisi tehdä ilman selvää resursointia. Toistaiseksi eduskunnan perustuslakivaliokunnan linjaus on ollut, että valtionhallinto voi antaa kunnille ja kunnallisille viranomaisille uusia tehtäviä vain eduskuntalailla. Silloinkin rahoitusperiaatetta tulee noudattaa. Järjestämislaki - jos se hyväksytään eduskunnassa - siirtää kuntien terveydenhuollon järjestämistehtävän maakunnalle. Maakunnalla ei ole yleistä toimialaa ja se voi hoitaa vain sille järjestämislaissa erikseen määrätyt tehtävät.

12) Ei lisättävää.

5 § - Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito

Yliopistosairaaloitten on valtakunnallisesti sovittava sellaisten vaativien leikkausten, hoitojen ja toimenpiteiden keskittämisestä joita tehdään vuosittain valtakunnallisesti vähemmän kuin 50 kappaletta. Tämä on perusteltua, mutta määrää ei saisi tulkita yksittäisenä toimenpidetiedokoodina vaan laajempaan toimenpideryhmäänä.

Asetusluonnoksessa käytetään paljon termejä vaativa tai erittäin vaativa. Nämä ovat epämääräisiä käsitteitä ja olisi toivottavaa että esimerkiksi erikoisalayhdistykset yhdessä yliopistosairaaloiden kanssa määrittäisivät käsitteet tarkemmin.

1) Selkäydinvammaisten akuuttivaiheen hoito, välitön kuntoutus ja elinikäinen monialainen hoito ja seuranta on jo keskitetty Suomessa. Tätä käytäntöä voidaan jatkaa, mikäli tulkinnat asetuksesta eivät muutu. Selkäydinvamma ei aina voida diagnosoida onnettomuuspaikalla, siksi kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa joissa monivammoja hoidetaan pitää olla valmius näiden vammojen ensihoitoon mukaan lukien leikkauksen.

2) Maksakirurgiaa tulee tehdä kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa, mutta vaativa kirurgia tulee keskittää yhteen keskukseen.

3) Määrä on lisääntymässä. Tällä hetkellä Suomessa on 2 keskusta, mutta määrän kasvua seurattava ja on oltava mahdollisuus tarvittaessa laajentaa toimintaa näiden ulkopuolelle.

4) Asetusluonnos sisältää korva-, nenä- ja kurkkutautien- (KNK) ja plastiikkakirurgian erikoisalojen kannalta kohtia, joissa on selkeitä virheellisyyksiä terminologiassa. Erityisesti kyseeseen tulee ”kasvojen, leukojen ja suun alueen syöpähoidot” (eli kansainvälisesti ”oral and maxillofacial cancer treatment”), jota termiä asetustuonnoksessa on käytetty. Kansainvälisesti käytetty oikea termi on ”head and neck cancer treatment”, jonka oikea suomennos on **”pään ja kaulan alueen syövänhoito”**. Nykyaikainen pään ja kaulan syövänhoito leikkauksiin, rekonstruktioineen ja (kemo)sädehoitoineen on laajan monialaisen tiimin yhteistyötä ja tiimiin kuuluvat KNK-kirurgit, plastiikkakirurgit, suu- ja leukakirurgit, neurokirurgit, verisuonikirurgit, onkologit, patologit jne. Näin ollen asetuksessa on tunnistettava tämä monialaisuus ja kirjattava keskitettäväksi nimenomaan **”pään ja kaulan alueen syövänhoito”**. Tällä hetkellä ja tulevaisuudessakin kaikissa yliopistollisissa sairaaloissa on tällainen vankan kokemuksen omaava tiimi ja keskittäminen tulee tehdä pääosin viiteen yliopistosairaalaan kuten jo aiemmin STM:n ohjeistuksessa syövän hoidon osalta on mainittu (Syövän hoidon kehittäminen vuosina 2010-2020, STM 2010:6). Kaikkein vaativin, harvinaisiin tapauksiin kohdistuva pään ja kaulan alueen syövänhoito voidaan keskitää vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan.

Toivotaan korjattavaksi: 5§/ 4) ~~Kasvojen ja leukojen alueen vaativat syöpähoidot ja kudoksetien korjaaminen~~ Korjaus: Vaativin pään ja kaulan alueen syövänhoito.

5) Kaikissa yliopistosairaaloissa tulee jatkossa ehdottomasti olla moniammatillinen ryhmä, joka on perehtynyt sarkoomien diagnostiikkaan ja hoitoon ja hoitaa koko yliopistosairaala-alueen potilaat. Laajojen sarkoomien hoito voidaan keskittää yhteen tai kahteen yliopistosairaalaan, mutta olisi suotavaa että lähettävät lääkärit osallistuisivat myös näiden potilaiden hoitoon.

6) Turussa toimii kivessyövän diagnostiikkaan ja hoitoon perehtynyt ryhmä. Syöpätapauksia on vuositasolla niin vähän, että toimintaa ei tulisi tehdä kaikissa yliopistosairaaloissa vaan keskittää yhteen.

7) Pikkulantionalueen tyhjennysleikkaukset = Edenneen kohdunkaulan syövän vuoksi tehtävät pikkulantionalueen tyhjennysleikkaukset. Näitähän on lukumääräisesti vähän toisin kuin vastaavan tyyppisiä leikkauksia, joita tehdään munasarjasyövän radikaalikirurgiassa. Molemmissa tarvitaan moniammatillisia osaavia tiimejä.

8) Kaikissa yliopistosairaaloissa tulee jatkossa ehdottomasti olla moniammatillinen ryhmä joka on perehtynyt primaarien luukasvainten diagnostiikkaan ja hoitoon ja hoitaa joka koko yliopistosairaala-alueen potilaat. Useiden eri erikoisalojen yhteistyötä edellyttävien potilaiden hoidon operatiivinen hoito voidaan keskittää 1-2 keskukseseen, mutta olisi suotavaa että lähettävät lääkärit osallistuisivat myös näiden potilaiden hoitoon.

9) Käsikirurgiayhdistys on laatinut selkeän listan keskitettävistä toimenpiteistä, yliopistosairaaloiden tulisi sopia asia keskenään tuon linjauksen mukaisesti.

10) Ei lisättävää, perusteltua keskittää yhteen keskukseseen jossa yhteistyö hematologien kanssa on järjestettävissä.

11) Ei lisättävää.

12) Ei lisättävää.

13) Perusteltua keskittää kahteen keskukseseen, joissa tehdään myös uusintatekonivelleikkauksia.

14) Tekonivelen uusintaleikkauksia tulee tehdä kaikissa paikoissa, missä tekoniivelkirurgiaa tehdään, mutta ns. elektiivinen tekoniivelen uusintakirurgia voidaan keskittää suurimpiin yksiköihin ja erittäin vaativa kolmeen.

15) Ei lisättävää.

Periaatteessa benignissä gynekologiassa ei ole toimenpiteitä, joita kansallisesti tehtäisiin <50 tai <200, joten sillä perusteella niitä ei tarvitsisi keskittää. Vuosittain tehdään noin 200 vaativaa endometrioosileikkausta, jossa tehdään myös suolikirurgiaa, saman verran tehdään laparoskooppisia kohdunlaskeumaleikkauksia. Molemmat ovat kuitenkin vain pieni osa endometrioosin ja laskeuman hoitoa. Asia jää siis ERVA:lle päätettäväksi ja vaatii keskustelua. Kansallisesti pitäisi pystyä sopimaan yhteinen linja.

Lasten allogeeninen kantasolujensiirtotoiminta on JACIE-akkreditaatiosäädösten takia keskitetty HUSiin. Sen sijaan lasten autologisten siirtojen keskittäminen ei tähän kyllä kuulu, koska ne ovat hoitona verrattavissa esim. AML:n vaativaan sytostaattihoitoon, jota kaikissa yo-sairaaloissa tehdään. Kaikki yo-sairaalat haluavat nämä hoitaa jatkossakin itse.

6 § - Viiteen yliopistolliseen sairaalan tai vastaavaan keskitettävä erikoissairaanhoido

Viiteen yliopistosairaalaan tulee koota sellaiset toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin 200 kappaletta vuodessa. Tämä on perusteltua, mutta määrää ei saisi tulkita yksittäisenä toimenpidekoodina vaan laajempuna toimenpideryhmänä.

Neurokirurgia, keuhkokirurgia, kaulavaltimokirurgia, sydänkirurgia sekä tulehdussellisten suolistosairauksien kirurginen hoito on perusteltua keskittää yliopistosairaaloihin tai vastaaviin. Gynekologisista syöivistä on luonnoksessa mainittu vain munasarjasyöpä. Kaikkien gynekologisten syöpien hoito tulisi keskittää yliopistosairaaloihin lukuun ottamatta matalan riskin endometriumsyöpiä. Potilaiden kaiken tasoisten tutkimuksien, toimenpiteiden ja hoitojen toteutuksesta tulee sopia erä-alueen sisällä. Muutosehdotus: ~~Munasarjasyöpä~~ Gynekologiset syövätkä lukuun ottamatta matalan riskin endometriumsyöpiä, jotka voidaan leikata myös 7 §:ssä mainituissa laajan päivystyksen sairaaloissa, joissa on riittävät valmiudet preoperatiiviseen diagnostiikkaan. Matalan riskin endometriumsyövän leikkaushoito voidaan ohjata muuhun kuin yliopistolliseen keskussairaalaan, jos näitä leikkauksia tehdään vähintään 70 vuodessa. Matalan riskin endometriumsyöpää ei sinänsä esiinny minkään keskussairaalan alueella yli 70 tapausta vuosittain. Leikkaus on yksinkertainen, mutta matalan riskin määrittäminen preoperatiivisesti voi sen sijaan olla hyvin haasteellista.

Kasvojen ja pään alueen hoidossa terminologiassa on epätarkkuuksia. ~~Kasvojen, leukojen ja suun alueen syöpähoitot, luiden monimurtuma- ja kuduskorjaushoidot~~

Korjaus: (nämä kohdat tulee listata erillisinä)

- Pään ja kaulan alueen syövänhoito (ml. melanoma, pl. muut ihosyövät)
- Kasvojen luiden monimurtuma- ja kuduskorjaushoidot.

Hedelmöityshoidot muutosehdotus **Koeputkihedelmöityshoidot**

Vaativat transkatetriset kardiologiset toimenpiteet, sisältäen aortan tekoläpän asennukset katetriteitse edellyttäen, että niitä tekevässä sairaalassa on avosydänkirurginen valmius

Aortan tekoläpän asennus (TAVI) on uudehko hoitomuoto. Suositusten mukaan se kuuluu sydänkeskuksiin, joissa potilaan arvioivat ja hoitavat sydänpotilastyöhön muutenkin jatkuvasti ja aktiivisesti osallistuvat kardiologit, invasiiviset kardiologit, sydänanestesiologit ja sydänkirurgit yhdessä. Lisäksi tarvitaan leikkauksalivarustus sydän-keuhkokoneineen ja muu tiimi sekä tehohoito. Näin taataan kyky asettaa indikaatio kriittisesti, valita ja toteuttaa paras hoito ja hoitaa komplikaatiot yrittämättä siirtää potilasta muualle edes sairaalan sisällä. Vaativana transkatetrisenä toimenpiteenä ei tule käsittää sydämen rytmihäiriöiden ablaatiohoitoja.

Hoidon vaikuttavuuden arvioimiseksi olisi toivottavaa, että kaikki yksiköt osallistuvat kansalliseen auditointiin ja sairaaloiden väliseen vertailuun. Yliopistosai-

raaloilla pitäisi olla velvoite hankkia ja ylläpitää tautikohtaisia laaturekistereitä ja mahdollistaa niiden käyttö kaikissa alueen yksiköissä.

7 § Muu keskitettävä erikoissairaanhoito

Asetusluonnoksessa on määritelty toimenpidemäärät, joihin kyseisiä toimenpiteitä tekevien yksiköiden tulisi ylittää. Tekonivelleikkauksia, selkäleikkauksia ja syöpiä ei vaadita keskitettäväksi laajan päivystyksen sairaaloihin, mutta siitä huolimatta ko. sairaaloissa olisi oltava tarvittavat palvelut turvallisen hoidon varmistamiseksi. Olisi toivottavaa, että yliopistosairaalalla olisi velvoite ja oikeus valvoa sitä, että alueen kaikissa sairaaloissa olisi tarvittavat resurssit kaikkeen siellä tehtävään toimintaan. Mikäli edellytykset eivät täytyisi, pitäisi hoito toteuttaa muualla. Määrä- ja laatuksiteerien tulee olla samanlaiset kaikille toimintaa tekeville yksiköille toiminnan rahoituslähteestä riippumatta.

- 1) Primaareissa tekonivelleikkauksissa 600 leikkauksen määrää voidaan pitää perusteltuna polven ja lonkan osalta. Vastaavasti olkapäässä 40 leikkauksen taso on riittävä. On kuitenkin huomattava, että määrä ei ole ainoa laadun kriteeri, vaan myös muita laatuksiteerejä tulisi täyttää.
- 2) Kiireettömät lonkan ja polven uusintatekonivelleikkaukset on syytä keskittää, mutta jokaisessa tekonivelleikkauksia tekevässä yksikössä tulisi olla valmiudet välittömien komplikaatioiden hoitoon.
- 3) Selkäkirurgia tulee keskittää keskuksiin, joissa on käytettävissä moniammatillinen tiimi. Leikkaus on vain yksi hoitomenetelmä. Keskittäminen ei saa vaarantaa selkäpotilaiden hoidon arviointia muissa yksiköissä.
- 4) Erityisesti syöpäpotilaiden hoito on moniammatillista. Lisääntyvien potilasmäärien hoidon menetykselliseksi järjestämiseksi hoitolinjoihin suunnittelun ja operatiivisen hoidon keskittäminen on perusteltua. Iso osa potilaan hoidosta voidaan tästä huolimatta toteuttaa lähipalveluna.

8 § Seuranta

Yliopistollisten sairaanhoitopiirien velvoite esittää kahdesti vuodessa selvitys valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuksien ja yhteensovittamisen tilanteesta, taloudellisista vaikutuksista ja sitoutumisesta yhteisiin tavoitteisiin on epärealistinen. Aivan alkuvaiheessa kahdesti vuodessa tehtävää selvitystä voidaan pitää perusteltuna, myöhemmin riittää harvempi seurantaväli. On huomioitava, että tavoiteltujen taloudellisten tavoitteiden arvioiminen ei onnistu annetuilla aikaväleillä, vaan arviointi edellyttää pidempää seurantaa. Osa muutoksista voi jopa lisätä kustannuksia alkuvaiheessa ja niistä olisi parasta raportoida erikseen.

9 § Voimaantulo

Annettu aikataulu on haasteellinen, mutta suurelta osin toteuttamiskelpoinen. Pieniä siirtymäkausia on perustelluista syistä aiheellista antaa, mutta tämän ei tulisi koskea koko toimintaa.

Turussa 16.6.2017

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPPIIRIN KY

Leena Setälä
sairaanhoitopiirin johtaja

Petri Virolainen
vt. johtajaylilääkäri