

Sosiaali- ja terveysministeriö
kirjaamo@stm.fi

Viite STM:n lausuntopyyntö 5.5.2017; STM1605/2017

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri lausunto Sosiaali- ja terveysministeriön luonnoksesta asetukseksi erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä (Terveysturvalaki 45§, 1516/2016)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri kiittää mahdollisuudesta esittää näkemyksensä otsikossa mainituista säädösesityksistä ja lausuu kunnioittavasti seuraavaa:

Yleistä Asetusluonnoksen pääperiaate tutkimusten ja hoitojen keskittämisestä laadun ja potilasturvallisuuden turvaamiseksi on kannatettava. Asiantuntemus, kokemus ja osaaminen varmistavat tutkimuksen ja hoidon yhdenvertaisuuden, vaikuttavuuden ja kustannustehokkuuden.

Valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden nimeäminen ja valtuuttaminen yhteistyössä huolehtimaan toiminnan yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa on perusteltua.

Esitys yliopistosairaalan johdolla tapahtuvasta keskitetystä suunnittelusta ja yhteensovittamisesta omalla alueellaan on oikeansuuntainen.

HUS haluaa kuitenkin kiinnittää huomiota seuraaviin esityksen näkökohtiin:

Asetustekstissä on syytä yksiselitteisesti mainita soveltamisala (julkisesti kustannettu erikoissairaanhoido, sekä julkinen että yksityinen erikoissairaanhoido vai laajemmin myös yksityisesti kustannettu erikoissairaanhoido). Esitettyjen keskittämisten konkreettisia kustannusvaikuttavuuksia tai toteuttamismahdollisuuksia ei ole arvioitu nykyisten valtakunnallisten tai alueellisten toimenpidemäärien ja toimintoresurssien mukaisesti. Jos tiettyä kirurgista operatiivista toimintaa on mahdollista jatkossa toteuttaa vain ympärivuorokautinen perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystyksen omaavissa sairaaloissa, saattaa hoidon järjestäminen ilman merkittäviä lisäinvestointeja olla haasteellista alueilla, joissa toiminnasta vastaavat nykyisin useat pienehköt itsenäiset yksiköt, jotka jatkossa eivät voi ko. palvelua tuottaa.

Asetustekstissä tulee riittävästi huomioida moniammatillisen tiimityön merkitys ja sen tarve useissa terveyden ja sosiaalihuollon toiminnoissa. Myös sujuvien hoitoketjujen merkitys olisi tärkeää tuoda esiin suunniteltaessa, missä diagnostiikkaa ja hoitoja toteutetaan. Tarve korostuu monisairaiden hoidossa, joiden hoidossa pirstoutuminen esim. valinnanvapauden vuoksi tulee vaikeuttamaan mm. laadunvalvontaa. On huomioitava, että asetustekstissä määritellyillä toimenpiteillä on merkittävä vaikutus erikoislääkärikoulutukseen sekä erityisesti niiden lääkäreiden toimenkuviin, jotka työskentelevät ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon toimintaa ylläpitävissä sairaaloissa.

Keskittäminen ja sen kautta tapahtuva nykyisten sairaaloiden toimintaprofiilien oleellinen muuttuminen saattaa johtaa osaavan henkilöstön vajeeseen, jolloin saattaa syntyä tilanne, jossa kiireetöntä leikkaustoimintaa mahdollistavaa ympärivuorokautista yhteispäivystystä ei kyetä määrällisesti ja laadullisesti ylläpitämään. Tämän seurauksena voi syntyä tarve yhä merkittävämpään toimintojen siirtämiseen, tai vaihtoehtoisesti epäedulliseen väliaikaistyövoiman käyttöön. Myös potilaiden pidemmät hoitoonhakeutumismatkat ja –ajat on huomioitava.

Esityksen tarkkoihin leikkausmääriin perustuvien rajaehtojen lähtökohta ja mahdollinen tieteelliseen tutkimukseen perustuva näyttö ovat epävarmoja.

Raportissa ei ole yksiselitteisesti määritetty ”sairaalan” tai ”yksikön” käsitettä. Huomionarvoista on, että HUS:ssa koko HYKS eri kiinteistöineen katsotaan yhdeksi sairaalaksi, mutta HUS:n muutkin sairaanhoitoalueet ovat kukin omia itsenäisiä yksiköitä/sairaaloita.

Esityksessä on määritetty velvoite sopia erikoissairaanhoidon tehtävien jaosta yliopistosairaaloiden välillä tai alueellisesta työnjaosta yliopistosairaanhoidopiirien sisällä. Tämä sopimisen tulisi tapahtua hallinnollisesti ja taloudellisesti itsenäisten yksikköjen välillä, jotka saattavat olla näissä toiminnoissa kilpailuasetelmassa keskenään sekä hoidettavien potilaiden että osajien kesken.

Lisäksi lainsäädännöllisen keskittämisen rinnalle tarvitaan HUS:n mielestä rahoitusratkaisuun yhteistyöhön ja vapaaehtoiseen keskittymiseen kannustavaa ja ohjaavaa elementtiä. Tarvitaan mekanismi, jolla esim. ylimaakunnallinen lasten erikoissairaanhoidon tuottaminen voidaan saada rahoitetuksi. Kuopion ja Helsingin yliopistosairaalat voisivat yhdessä sitoutua tuottamaan lasten epilepsiakirurgian kansallisen tarpeen perusteella lasketun kapitaatorahoituksen turvin.

Asetuksen tavoitteet, eli hoidon laadun, vaikuttavuuden, potilasturvallisuuden, erityisosaamisen ja toiminnan tehokkuuden takaaminen syöpään sairastuneille, ovat ensiarvoisen tärkeitä. Syövän hoidon koordinointi - ja osin keskittäminen - asetusluonnoksessa esitetyllä tavalla alueellisesti viiden yliopistollisen sairaalan yhteyteen perustettaviin alueellisiin syöpäkeskuksiin ja valtakunnallisesti kansalliseen syöpäkeskukseen ovat tarpeen näiden tavoitteiden saavuttamiseksi.

Kaikki syöpähoito ei kuitenkaan edellytä keskittämistä, ja monet hoidot voidaan toteuttaa esimerkiksi yliopistokeskuksen ja paikallisen sairaalan yhteistyönä. Erityisesti sarjahoidoissa (sädehoidot, yksinkertaiset sytostaattihoidot) päästäneen optimaaliseen tulokseen siten, että hoidon suunnittelu tehdään syöpäkeskuksessa, mutta sarjahoidot toteutetaan lähellä potilaan asuinpaikkaa. Syöpätautien diagnostiikan ja hoitojen nopea kehittyminen, ja yleistenkin syöpien pilkkoutuminen hoidollisesti erilaisiin alaryhmiin edellyttävät jatkuvaa alan kehityksen seuraamista, koulutusta ja verkostoitumista. Suuremmissa yksiköissä on mahdollistua erikoistua vielä erikoisalana sisälläkin, jolloin kasvavan tietomäärän seuraaminen ja hallinta käy mahdolliseksi.

Lausuttavana olevan asetusluonnoksen ongelma, kuten sote-lainsäädännön laajemminkin, on, että lasten ja aikuisten asioita ei riittäväällä tavalla eroteta toisistaan. Lasten vaativa erikoissairaanhoido koostuu hyvin suuressa määrin harvinaisten tai hyvin harvinaisten sairauksien hoidosta. Tämä tarkoittaa sitä, että lasten palvelujen järjestämisessä tarvitaan merkittävästi suurempia (helposti 10-20- kertaisia)

väestöpohjia kuin samojen erikoisalojen aikuisten palveluissa. Vaihtelevan kokoiset maakunnat ovat pääsääntöisesti liian pieniä lasten vaativan erikoissairaanhoidon järjestämiseksi ja ylimaakunnallinen palvelutuotanto on tasa-arvoisen lasten erikoissairaanhoidon valtavirtaa, ei poikkeus. HYKS Lastenkliniikka tuottaa valtakunnallisia palveluita nykyisin n 50 euron arvosta/ lapsikansalainen laskettuna koko valtakunnan lapsiväestön suhteen. Tästä summasta n 20 euroa koostuu sydänvikojen hoitoprosessista ja elinsiirtotoiminnasta, jotka ovat nyt asetusluonnoksessa ainoat lainsäädännöllisesti Helsinkiin keskitettävät toiminnot.

Lasten vaativa erikoissairaanhoido kohdistuu pieneen osaan lapsiväestöä mutta yksilötasolla se on hyvin vaikuttavaa, se on altis potilaan kannalta kohtalokkaillekin laatueroille ja se on myös yksilötasolla hyvin kallista. Toisaalta lasten ja perheiden kannalta mahdollisimman lähellä toteutettu hoidon suvantovaiheiden toteutus on ensiarvoisen tärkeää. Näistä syistä lasten vaativassa erikoissairaanhoidossa tarvitaan aikuisten hoitoa enemmän toimenpidehoitojen keskittämistä ja toisaalta mahdollisimman paljon kansallista, YO-sairaaloitten välistä kumppanuutta ja todellista saman potilaan yhdessä hoitamista.

Asetusluonnoksen keskeinen rakenteellinen linjaus on jättää pääsääntöisesti säättämättä työnjaosta pidemmälle kuin "vähempään kuin viiteen YO-sairaalaan". Tämä voi olla aikuisten hoidon järjestelyn kannalta riittävää ja yliregulaatiota välttävää. Lasten kohdalla tämä säättelytaso ei riitä, mikäli halutaan varmistaa tasavertaisuus vaativan ESHn palveluiden ja aivan erityisesti toimenpidehoitojen laadun osalta.

Nyt lausuttavana olevaa asetusta tulee korjata seuraavasti:

1. systemaattisesti mainita lapset ja aikuiset asiakohdissa erikseen. Tämä mahdollistaa tulevaisuudessa sen, että myös korjausliikkeitä voidaan tehdä helpommin lasten erityistarpeita huomioiden
2. asetus tuo uutena elementtinä "keskitettävän koordinoituvastuun". On erittäin tärkeää, että lainsäätävä määrittelee tälle koordinaatiolle sisällön. Mitä tahansa koordinaatio onkin, se tulee vaatimaan myös resursointia ja yhteistyötä YO-sairaaloitten välillä.
3. asetus ei saa purkaa olemassa olevaa keskittämistä, jonka on jo todistettu olevan erittäin tarkoituksenmukaista. Sappitieatresia on esimerkki taudista, jossa asetuksella keskittäminen on sekä vähentänyt kuolleisuutta että lykännyt maksansiirtojen tarvetta mutta on nyt pudonnut pois keskitettävistä hoidoista. Asetus keskittää nyt vain elinsiirtotoimenpiteen vaikka ainakin lasten kohdalla elinsiirtoon potentiaalisesti johtavien sairauksien keskittäminen on lasten tasa-arvon kannalta oleellista
4. lasten erikoissairaanhoidon erityiskysymysten vuoksi tulisi vielä ottaa aikalisä ja teettää erillinen, lapsispesifi selvitysmiestyö asetuksen korjaamistarpeiden perustaksi. Kaiken kaikkiaan kirurgian alueella on arviomme mukaan n. 150 leikkausindikaatiota, joiden valtakunnalliset toimenpidemäärät ylittävät 50 toimenpiteen rajan ja mistä tosiseikasta huolimatta asetus jättää valtaosan näistä huomiotta. Lapsiväestöä kohdellaan tässä kohdin epätasa-arvoisesti aikuisiin verrattuna.

Pykäläkohtaiset kommentit

Valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen (3 §)

Muutosesitys:

asetuksen 3 § korjataan:

5) Pohjois-Savon ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireille epilepsian diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät;

Epilepsian erityistason hoidon suhteen tilanne poikkeaa monesta muusta sairausryhmästä: erityistason hoito ja sen kehittäminen ovat selkeästi keskittyneet Suomessa kahteen keskukseseen, joilla on erilaiset osaamisalueet. Epilepsiaa tutkitaan ja hoidetaan kaikissa keskussairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa, sekä useissa aluesairaaloissa. Epilepsian invasiivinen diagnostiikka ja kirurginen hoito on keskitetty nykyisellä asetuksella (336/2011) HYKS:iin ja KYS:iin. Yli puolet valtakunnallisesta epilepsiakirurgiasta tehdään HYKS:ssä ja erityisesti lasten epilepsiakirurgia on keskitetty käytännössä kokonaan HYKS:iin. Invasiivisen diagnostiikan lisäksi myös muu vaativa diagnostiikka, esim. magneettienkefalografia (MEG) on keskitetty.

Alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen (4 §)

Muutosesitys:

Asetuksen 4§ kohta 1 tulisi korjata muotoon: ”Aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikka, hoito ja alkuvaiheen neurologinen kuntoutus;”.

Terveydenhuollon menetelmien arviointi valtakunnallisessa yhteistyössä on erittäin tärkeää. Tämän toiminnan sisältö tavoitteineen tulee määritellä ja toiminta resursoida. Yliopistosairaalan johdolla tapahtuva keskitetty harvinaissairauksien ehkäisyä, diagnostiikkaa, hoitoa ja kuntoutusta koskeva suunnittelu ja yhteensovittaminen omalla alueellaan on kannatettava.

Asetusesitys keskittää 4 § 1) perusteella koko ERVA-alueen Aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikan, hoidon ja alkuvaiheen kuntoutuksen yliopistosairaalan koordinoitavaksi ja lisäksi 6 § 14) perusteella neurologiaan liittyvät endovaskulaariset toimenpiteet yliopistosairaaloihin. Nämä ovat uusia keskittämisiä, joita ei nykyisessä voimassa olevassa asetuksessa ole.

Endovaskulaarihoitojen osalta esitetty keskittäminen vastaa jo voimassa olevaa käytäntöä ja on kannatettava. Aivoverenkiertohäiriöiden erikoissairaanhoidon ja kuntoutuksen keskittäminen yliopistosairaaloiden koordinoitavaksi on myös tervetullut uudistus.

Asetuksen toteutuminen edellyttää aivoverenkiertohäiriöpotilaiden kuntoutuksen keskittämistä neurologisen kuntoutuksen erikoissairaanhoidon yksikköihin. Asetustekstissä olisi syytä mainita, että em. keskittäminen edellyttää erikoistumista nimenomaan neurologiseen kuntoutukseen.

Muutosesitys:

4§ kohta 11):

Erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevan asetuserityksen 4 §:ssä ehdotetaan alueelliseen keskittämiseen kuuluvaksi myös vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antaminen. *Emme pidä tällaisen tehtävän antamista asetuksella sairaanhoitopiireille hyväksyttävänä.*

Yliopistosairaanhoidopiirit ovat viimeisen kahden vuoden ajan vapaaehtoisesti osallistuneet vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antamiseen tuomioistuimille. Myös sairaanhoidopiirien viranhaltijoiden toiminta asiantuntijoina ao. asioissa on perustunut vapaaehtoisuuteen. Vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antamisessa ei ole kysymys potilaan hoitamisesta vaan oikeudenhoidosta. Lähtökohtaisesti vakuutuslääketieteellisissä riita-asioissa noudatetaan dispositiivista siviilioikeudellista prosessia, jossa kukin asianosaistaho huolehtii itse todistelusta.

Yliopistosairaanhoidopiirit suostuivat v. 2014 STM:n pyyntöön lausuntojen vapaaehtoisesta hoitamisesta, kun ministeriö vakuutti, ettei toiminnasta aiheudu kustannuksia eikä erikoislääkäreitä tarvitse irrottaa potilaiden hoidosta oikeudenkäynteihin. Käytännössä tämä ei kuitenkaan ole pitänyt paikkaansa, vaan vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antamista on vaikeuttanut lausuntoihin liittyvä suuri työmäärä, vaikeudet yhteen sovittava yksityisoikeudelliseen riitaan annettavan vakuutuslääketieteellisen asiantuntijalausannon laatimista erikoislääkärin varsinaisten virkatehtävien kanssa sekä todisteluun asioissa liittyvät ajankäytölliset hankaluudet. Myös lausunnoista maksettavan palkkion suuruus on aiheuttanut ongelmia.

Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoido (5§)

HUS toteaa, että vaativassa erikoissairaanhoidossa on lukuisia harvinaisia tutkimuksia ja hoitoja, joita suoritetaan vähemmän kuin 50 vuodessa. Asetuserityksen mukaan nämä tulisi koota vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Toimenpiteet ovat kuitenkin sellaisia, että niiden erottelu toimenpidetieteen on mahdotonta ja ne saattavat asettua toimenpideluokittelussa samaan luokkaan kuin jokin tavallisempi mutta sisällöltään täysin poikkeava leikkaus tai muu hoito. **Tämän takia olisi tarkoituksenmukaisempaa, että yliopistosairaaloihin keskitettäisiin pikemminkin tiettyjen vaativien tilojen hoito niissä käytettävien toimenpiteiden kuin että keskitetään pelkän toimenpiteen mukaan** (esimerkki: olisi kannatettavampaa keskittää esim. olkanivelen vaikean ja/tai toistuva epävakaisuuden hoito kuin tähän hoitoon käytettävä yksittäinen toimenpide).

Vaativat usean eri erikoisalalan yhteistyötä edellyttävät **primaarien luokasvainten hoidot** on tarpeen keskittää harvempaan kuin 5 yliopistosairaalaan.

Erityisen vaativan **käsikirurgian** keskittäminen vähempään kuin 5 yliopistosairaalaan vastaa nykyistä vakiintunutta työnjakoa, mutta tuo työnjako saa vahvistuksen ja

mahdollisuuden kehittää yksiköiden toimintaa tukipalveluineen näiden keskitettävien toimenpiteiden osalta.

Hemofiliapotilaiden tekonivelkirurgia ja selkäkirurgia, lyhytkasvuisten tai kondrodysplasiapotilaiden tekonivelkirurgia ja selkäkirurgia sekä vaativat monen erikoisalan yhteistyötä ja välitöntä rekonstruktiota edellyttävät uusinta-tekonivelleikkaukset ovat jo ERVA-alueellamme olleet keskitettynä HYKS:iin ja niistä on kertynyt huomattava osaaminen. Tätä tukee myös HYKS:n harvinaissairauksien yksikön toiminta.

Obstetriikan osalta HUS kiinnittää huomiota siihen, että tietyt valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan keskitettävät hoidot puuttuvat kuten sikiökirurgiset toimenpiteet (esim. istukan laserhoidot) tai raskaudenaikainen immunisaatiohoito. Maininta sikiöseulontojen laadunvalvonnasta yliopistollisten sairaaloiden ja THL:n yhteistyönä on perusteltu olettaen, että THL kykenee seulontarekisterin vaatimaan tilastointivielvoitteen toteuttamiseen.

Alkiodiagnostiikan keskittäminen Helsingin seudun yliopistolliseen keskussairaalaan on perusteltua.

Hedelmöityshoitujen keskittäminen viiteen yliopistolliseen sairaalaan on HUS:n mielestä kannatettavaa, varsinkin jos oletetaan, että tässä tarkoitetaan julkisesti rahoitettua toimintaa.

HUS esittää, että vaikeat, **vaativat endometrioosi- ja verkkoleikkaukset** olisi myös tärkeää ottaa koordinaation piiriin. Joissakin gynekologisissa syöpätyypeissä ilmaantuvuus on alle 200 tapausta vuodessa (esim. kondun kaulaosan syöpä 150 tapausta vuodessa), jolloin keskittäminen vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan on perusteltua.

HUS esittää **allogeenisten veren ja luuytimen kantasolusiirtojen** keskittämistä asetuksella enintään kahteen yliopistosairaalaan, jotka olisivat HYKS ja Tyks. Allogeeniset siirrot vaativat merkittävää erityisosaamista, jonka vuoksi voimassa olevalla asetuksella nämä toimenpiteet on kansallisesti keskitetty Helsingin ja Turun yliopistollisiin sairaaloihin. Kaikilla maan kolmella allogeenisella siirtokeskuksella (HYKS aikuishematologia, HYKS Lastenkliniikka, Tyks aikuishematologia) on voimassa oleva kansainvälinen FACT-JACIE -laatustandardin mukainen akkreditaatio.

Allogeenisten siirtojen hajauttaminen nykyistä useampiin keskuksiin vähentäisi olennaisesti siirtomääriä/keskus, mikä johtaisi vähäisempään kokemukseen ja rutiiniin kaikissa keskuksissa, lisääntyneeseen komplikaatioiden riskiin ja lisääntyneeseen toimenpidekuolleisuuteen (ks. Liite 1.1). Vakavat komplikaatiot myös lisäävät huomattavasti toimenpiteen kustannuksia.

Riittävä toimenpidemäärä keskuksissa on tarpeen myös jatkuvan kehitys- ja tutkimustyön kannalta. Allogeenisiin siirtoihin liittyvää tutkimusta ja keskustusten välistä tutkimusyhteistyötä tulisi merkittävästi lisätä nykyisestä.

HUS esittää lisäksi aikuispotilaille tehtävien **allogeenisten kantasolusiirtojen kansallisen koordinaation perustamista ja sen keskittämistä**. Kansallinen koordinaatio vaatii uudenlaista organisointia, johon tarvitaan pidempää valmisteluaikaa.

Muutosesitys:**5 § :**

Urologian osalta HUS pitää perusteltuna keskittää vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan levinneen kivessyövän lisäksi seuraavat urologiset toimenpiteet: uretrasktriktuurin avokirurgia ja kielekesiirrot sekä penisanomaliat/karsinomat (1 keskus), vaativa naisen uretrakirurgia (1 keskus), perkutaaninen nefrolithotomia (1-2 keskusta) ja inkontinenssi- ja impotenssiproteesit (3-5 keskusta Suomessa) sekä sekä verisuoniin kasvavat tai muuten komplisoidut munuaissyövät (1 keskus).

Muutosesitys:

5 §:ään lisätään kohta 16: "Vaativin pään ja kaulan alueen syövänhoito". Perusteluosan tekstiä (sivu 112. kpl) ehdotetaan korjattavaksi muotoon: "Monialaista osaamista edellyttävät vaativimmat pään ja kaulan alueen syövät sekä vammat..."

HUS esittää, että asetuksella keskitetään "pään ja kaulan alueen syövänhoito" (head and neck cancer treatment). Tämä kuvaa paremmin ja oikeammin toiminnan vaatimaa monialaista tiimiyhteistyötä vaativine leikkauksineen, rekonstruktioineen ja (kemo)sädehoitoinen.

Asetuksen 5 § loppuun lisätään:

9) Epilepsian invasiivinen ja muu vaativa diagnostiikka, sekä kirurginen hoito, yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa;

Epilepsian erityistason hoidon suhteen tilanne poikkeaa monesta muusta sairausryhmästä: erityistason hoito ja sen kehittäminen ovat selkeästi keskittyneet Suomessa kahteen keskukseseen, joilla on erilaiset osaamisalueet. Epilepsiaa tutkitaan ja hoidetaan kaikissa keskussairaaloissa ja yliopistollisissa sairaaloissa, sekä useissa aluesairaaloissa. Epilepsian invasiivinen diagnostiikka ja kirurginen hoito on keskitetty nykyisellä asetuksella (336/2011) HYKS:iin ja KYS:iin. Yli puolet valtakunnallisesta epilepsiakirurgiasta tehdään HYKS:ssä ja erityisesti lasten epilepsiakirurgia on keskitetty käytännössä kokonaan HYKS:iin. Invasiivisen diagnostiikan lisäksi myös muu vaativa diagnostiikka, esim. magneettienkefalografia (MEG) on keskitetty.

Muutosesitys:

Asetuksen 5§:n loppuun esitetään lisättäväksi kohtaan: Lisäksi Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan tehtävänä on: "6) Aivoinfarktin valtakunnallinen telelääketieteellinen hoito".

Akuutin aivoinfarktin yhteydessä kiire on niin suuri, että potilasta ei ehditä siirtää toiseen sairaalaan liuotushoitoa saamaan ilman merkittävää aivokudoksen vaurioitumista. Liuotushoidon vaatima tarkka diagnoosi ja riskinarvio edellyttävät neurologin arvion potilaasta, joko paikan päällä tai telelääketieteellisesti. Tästä syystä diagnoosi ja hoidonmääritys tehdään valtakunnallisesti HYKS Neurologian klinikasta, josta telelääketieteellistä hoitoa annetaan tällä hetkellä 12 sairaalaan.

Muutosesitys:**Asetuksen 5 § loppuun lisätään:****7) Aivoverisuonten ohitusleikkaukset;****8) Kallon epämuodostumakirurgia, yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa;****9) Epilepsian invasiivinen ja muu vaativa diagnostiikka, sekä kirurginen hoito, yhteistyössä Kuopion yliopistollisen sairaalan kanssa;**

Asetusluonnoksessa ehdotetaan koko neurokirurgian keskittämistä yliopistosairaaloihin, mikä onkin vallitseva käytäntö (6 § 1). Kuitenkin monet neurokirurgiset sairaudet ovat siinä määrin harvinaisia, että niiden hoito on syytä keskittää harvempaan kuin viiteen yliopistosairaalaan, kuten nykyinen voimassa oleva asetus tekee.

HUS esittää, että erityistason keskittäminen jatkuu nykyisen periaatteen mukaisesti: epilepsiakirurgia Kuopioon ja Helsinkiin, aivoverisuonten by-pass kirurgia Helsinkiin ja vaativa kraniosynostoosikirurgia Ouluun ja Helsinkiin.

Muutosesitys:**5§ kohta 4 Lisäksi Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan tehtävänä on:****Asetusteksti muotoon: ”Huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaishoidon suunnittelu sekä primaarivaiheen leikkaushoito”.****Perusteluteksti korjataan muotoon: ”Halkiovauvoja syntyy nykyisellä syntyvyydellä noin 100-120 vuodessa. Huulen ja suulakihalkioiden primäärilaikkaukset tehdään nykyisin....”**

Perustelut kannanotollemme ovat seuraavat: Viime vuosina on HUS:n HUSUKE:ssa leikattu n. 90% kaikista maamme vuosittain syntyvästä, 100-120 uudesta halkiolapsesta. Kansainvälisten suositusten mukaan halkiokirurgin tulisi suorittaa vähintään 40 leikkausta vuodessa, mikä on HUSUKE:ssa pystytty toteuttamaan. Yksikkö on myös saanut 2016 eurooppalaisen Reference Network statuksen osaamisen, laadun ja hoitotulosten perusteella. Myös sekundäärikirurgia on pidettävä HUSUKE:n toiminta- ja koordinaatiovastuulla, jotta myös aikuisikään ulottuva kirurginen hoitotulos voidaan Suomessa taata. Lisäksi asetuksessa esitetään, että halkiokirurgin pätevyysvaatimukseksi riittää erikoishammaslääkärintutkinto. HUS katsoo, että vain riittävän laaja-alainen epämuodostumakirurgiaan pohjautuva erkoislääkärikoulutus voi tässä tapauksessa tulla kyseeseen.

Muutosesitys:**Asetusteksti 5§ kohta 3, Lisäksi Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan tehtävänä on:****”Vaikeiden palovammojen hoito”.**

Perusteluna esitämme seuraavaa: Vaikeita palovammakeskuksessa hoidettavia vammoja sattuu Suomessa vuodessa noin 50-60. Lukumäärä olisi suurempi, jos

Suomessa pystyttäisiin toteuttaa kansainvälisiä kriteereitä. Vamman vaikeuteen vaikuttavat palovamman laajuuden ja syvyyden lisäksi potilaan ikä, vamman sijainti, syntymekanismi ja mahdolliset liitännäisvammat. Riittävä väestöpohja kansainvälisen tason palovammakeskukselle on 5 miljoonaa, jolloin keskukseen voi kertyä riittävä kokemus ja osaaminen. Palovammojen lisäksi keskukseen tulee keskittää muitakin ihoa laajalti vaurioittavia sairaustiloja. Edellytyksenä vaikeimmin sairaiden potilaiden siirrolle on hyvä ensihoito ja tarpeelliset stabiloivat toimenpiteet lähipäivystyksessä.

Muutosesitys:

Asetuksen 5 § loppuun lisätään:

10) Silmän syövän tutkimus ja hoito.

11) Päivystysverkkokalvokirurgia viikonloppuisin;

Asetuksen 6 § loppuun lisätään:

23) Sarveiskalvokirurgia.

Asetuksen 7 § loppuun lisätään:

5) Kaihi-, verkkokalvo-, glaukooma-, karsastus- ja luomikirurgia, jos niitä ei ole keskitetty 5 § tai 6 § perusteella.

Perusteluina HUS esittää seuraavaa: Luonnoksessa ei säädetä mitään silmätautien osalta. **Silmätautien hoidon keskittämättä jättäminen on luonnoksen vakava puute.** Nykyinen voimassa oleva asetus keskittää epikeratofakian ja silmän malignin melanooman hoidon HYKS:iin ja lasten glaukooman leikkaushoidon HYKS:iin ja OYS:iin.

Erikoisalalla on edellisen asetuksen jälkeen jo pitkään keskitetty eräitä harvinaisia silmätauteja ja näin saavutettu riittävä kokemus ja parannettu hoidon laatua. Keskittäminen on tapahtunut yhteisymmärryksessä osaamisen, kalliiden tutkimus- ja hoitolaitteiden sekä eri sairaaloiden alkuperäisen toimintavolyymien perusteella siten, että HYKS on nykyisin ainoa yksikkö, joka vastaa tietyistä vaativista tai erityisen harvinaisten silmätautien hoidoista niin aikuisilla kuin lapsilla.

HUS katsoo, että seuraava keskittäminen on tarkoituksenmukaista:

Alle 5 yo-sairaala

- Päivystysverkkokalvokirurgia viikonloppuisin HUS
- Silmäonkologia HUS (jatkoseuranta voi tapahtua omalla paikkakunnalla)

5 yliopistosairaala

- Sarveiskalvokirurgia (voivat tarvittaessa ostaa toisiltaan)
- Ilta- ja yöajan päivystystoiminta

Yliopisto- ja keskussairaalat

- Kaihikirurgia
- Verkkokalvo-, glaukooma- ja karsastuskirurgia
- Luomileikkaukset

Muutosesitys:

5§ kohta 2) Vaativa maksakirurgia siirretään kohtaan ”Lisäksi helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan tehtävänä on:

6) Vaativa maksakirurgia.

Maksakirurgiset toimenpidemäärät ovat HYKS:aa lukuunottamatta pieniä ja toimenpidevälineistö on kallis (yli puoli miljoonaa euroa). Vain HYKS tarjoaa diagnostiikassa ja hoidossa kaikki vaihtoehdot aina maksansiirtoon asti ja hoitoa ohjaa sekä toteuttaa potilaalle optimaalisella tavalla laaja moniammatillinen tiimi.

Muutosesitys:**asetuksen 5 §:ään lisätään**

Vaativia verisuonikirurgisia leikkauksia tai endovaskulaarisia hoitotoimenpiteitä, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 50 kappaletta vuodessa, on myös verisuonikirurgian osalta tarkoituksenmukaista koota vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan.

Ruokatorvisyövän takia tehdään noin 150 leikkausta /vuosi. Ruokatorvisyöpää ei pidä jatkossa leikata keskussairaaloissa, jotta potilaat saavat tasa-arvoista hoitoa kansallisesti. Ruokatorven syövän leikkaushoito vaatii kirurgista erityisosaamista. Vaikka yksittäinen kirurgi keskussairaalassa taidoiltaan pystyy vastaamaan tästä osasta, ei hoidon kokonaisuuden kannalta ole järkevää hajauttaa toimintaa keskussairaaloihin vaan osaaminen täytyy keskittää kahteen, maksimissaan kolmeen, yliopistolliseen sairaalaan. Tällä taataan riittävä kirurgisen hoidon taso ja syöpähoidon kokonaisuus potilaalle on turvattu.

Muutosesitys:**Lisäys 5 §:ään:**

Ruokatorvisyöpäleikkaukset tulee keskittää 2 yliopistolliseen sairaalaan.

Keuhkosityövän kirurgia tulee keskittää yliopistollisiin sairaaloihin raportin mukaisesti.

Lisäksi asetuseronnoksen 5 § mukaisesti**Helsingin seudun yliopistollisen keskussairaalan tehtävänä**

2) Elinsiirrot ja sydämen mekaaninen tukihoido elinsiirtoihin liittyen;

Kyseinen kohta on muutettava seuraavasti:**2) Elinsiirrot ja sydämen tai keuhkojen tukihoido sekä keuhkovaltimoiden puhdistusleikkaukset**

Pitkäaikainen sydämen mekaaninen tukihoido tulee keskittää yhteen yliopistosairaalaan, olipa sitten kyseessä vaihtoehto sydänsiirrolle tai siltahoidon sydänsiirtoon:

- hoidon tarpeen arvio perustuu samoihin kriteereihin kuten sydänsiirron arvio, joka tehdään vain HYKS
- harvinaista hoitoa, toimenpiteitä maksimi 20 - 30 vuosittain
- erittäin kallista hoitoa
- vaatii suppeaa moniammatillista erityisosaamista ja erityisresursseja

- potilaiden hoito ja seuranta vaatii ympärivuorokautisen ja ympärivuotisen päivystyksen

Sydämen ja keuhkojen lyhytaikainen mekaaninen tukihoido tilanteissa, joissa potilaan toipumista ei tapahdu, tulee olla kansalliset kriteerit, joilla potilas ohjataan HYKS Sydän- ja keuhkokeskukseen sydänsiirto- tai keuhkosiirtoarvioon tai pitkäaikaiseen sydämen mekaanisen tukihoidon moniammatillisen hoidon arvioon.

Edelleen keuhkosiirtoarvioiden ja potilaiden sekä keuhkoverenpainetauti-potilaiden seurannan kokonaisvastuu tulisi keskittää HYKS Sydän- ja keuhkokeskukseen. Harvinaisten keuhkosairauksien seuranta ja hoito, keuhkosityövän vaativan tason diagnostiikka ja hoito (moniammatillinen yhteistyö thoraxkirurgien ja thoraxradiologien kanssa), MDR/XDR-tuberkuloosin hoito, tutkimusvaiheessa olevat (kallit) hoidot, vaativa allergologia ja vaikean astman hoito ja vaativat hengityslaittehoidot tulee keskittää yliopistosairaalatasoisiin yksiköihin.

Pulmonaalihypertension vaikeat muodot, keuhkosiirron arviot ja kroonisen tromboembolisen pulmonaalihypertension kirurgisen hoidon arvio tulee keskittää. Keuhkovaltimon kroonisen tukoksen takia tehtävien leikkausten määrä on vuodessa 10-15 Suomessa. Tämä on erityisesti resursseja sitovaa, erityisosaamista vaativaa kirurgiaa.

Valtakunnallisesti tulee keskittää Hyksiin:

- Sydänsiirtojen preoperatiiviset tutkimukset ja seurannan järjestäminen
- Monimutkaisten synnynnäisten sydänvikojen katetrisaatiot ja toimenpiteet
- Pulmonaalihypertension vaikeat muodot (keuhkosiirron arviot ja kroonisen tromboembolisen pulmonaalihypertension kirurgisen hoidon arvio)
- Pitkäaikainen sydämen mekaaninen tukihoido tulee keskittää yhteen yliopistosairaalaan olipa sitten kyseessä vaihtoehto sydänsiirrolle tai siltahoito sydänsiirtoon
- Keuhkosiirtoarvioiden ja potilaiden sekä keuhkoverenpainetautipotilaiden seurannan kokonaisvastuu tulisi keskittää HYKS Sydän- ja keuhkokeskukseen.

Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito (6 §)

Muutosesitys:

Asetuksen 6§ kohta 11 tulisi korjata muotoon. ” Kasvojen, leukojen ja suun, sekä pään alueen syöpähoidot, luiden monimurtuma- ja kuduskorjaushoidot”. Keskittäminen vastaa paremmin ja oikeammin toiminnan vaatimaa monialaista tiimiyhteistyötä vaativine leikkauksineen, rekonstruktioineen ja (kemo)sädehoitoineen. Erityisesti tulee lisäksi huomioida hoitokokonaisuuksien yhteensovittaminen ja suun terveys.

Asetuksen 6§ kohta 12 tulisi korjata muotoon: ”Harvinaisiin suusairauksiin liittyvien synnynnäisten ja hankittujen häiriöiden diagnostiikka ja hoito”.

Käytännössä on tarkoituksenmukaisempaa, että lukumääräisten (200) rajojen mukaisten toimenpiteiden sijasta keskitettäisiin määriteltyjen vaativien tilojen hoito.

Käden, ranteen, kyynärpään ja nilkan tekonivelkirurgia, olkapään tekonivelen uusinta-leikkaukset ja vaikeat tekonivelinfektiot on järkevä keskittää 5 yliopistosairaalaan.

Varsinainen reumakirurgia on nykypäivänä kovin harvinaista reumalääkkeiden kehittymisen myötä eikä reumaatikoille tehtävät leikkaukset poikkea useinkaan oleellisesti toimenpiteen teknisen suorittamisen osalta muiden potilaiden leikkauksista. Reumapotilaiden hoidon keskittäminen ainoastaan viiteen yliopistosairaalaan ole tarkoituksenmukaista, vaikka hoitoon lääkityksineen liittyy leikkauksen teknisen suorittamisen lisäksi muita osaamisen vaatimuksia. Reumapotilaiden hoito voitaisiin keskittää 5 yliopistosairaalan lisäksi niihin keskussairaaloihin (K-SHP ja PHHYKY), joissa voidaan taata reumapotilaan hoito reumaortopedian erityispätevyytensä ja yhteistyössä reuman hoitoon perehtyneen muun henkilökunnan kanssa.

Vaativien selkäleikkausten keskittäminen on tarkoituksenmukaista, mutta on haastavaa mitä selkäleikkauksia on pidettävä vaativina. Pahimmillaan tämä saattaa johtaa siihen, että potilasta ei hoideta kilpailuasetelmassa hänen tilansa edellyttämällä tavalla, jos se edellyttäisi lähettämistä omasta yksiköstä pois toiseen yksikköön.

Muutosesitys:

Asetuksen 6 §:ään lisätään:

HUS katsoo, että vaativan kardiologian (mahdollisesti sydänkirurgista tukea tarvitsevat) toimenpiteet tulee keskittää yliopistollisiin keskussairaaloihin.

Tällaisia ovat mm:

- Sydänkirurgiaa vaativat tai mahdollisesti vaativat rytmikardiologiset toimenpiteet
- Epikardiaalisten tahdistinten asennukset
- Tahdistinjohtojen poistot
- Eteisväliseinäaukon, kammioväliseinäaukon, avoimen foramen ovalen, paravalvulaarivuodon ja eteiskorvakkeen katetrilla tehtävät sulkutoimenpiteet
- Hiippa- ja kolmipurjeläpän katetrointitoimenpiteet
- Aorttaläpän katetrointitoimenpiteet (TAVI)
- Potilasturvallisuus ja riittävät toimenpidevolyymit puoltavat: Elektrofysiologisia tutkimuksia ja katetriablaatioita voidaan tehdä riittävän suurivolyymisissä sairaaloissa.
- Harvinaisten keuhkosairauksien seuranta ja hoito, keuhkosyövän vaativan tason diagnostiikka ja hoito (moniammatillinen yhteistyö thoraxkirurgien ja thoraxradiologien kanssa)
- MDR/XDR-tuberkuloosin hoito, tutkimusvaiheessa olevat (kallit) hoidot, vaativa allergologia ja vaikean astman hoito ja vaativat hengityslaittehoitot tulee keskittää yliopistosairaalatasoihin yksiköihin.

HUS toteaa, että erityisesti läppävikojen hoito katetritekniikalla tulee keskittää.

- Vuonna 2016 TAVI-toimenpiteitä tehtiin Suomessa 533 kappaletta. Niitä tehtiin kaikissa yliopistosairaaloissa ja Keski-Suomen keskussairaalassa. Aorttaläpän ahtauma on yleisin kajoaviin toimenpiteisiin johtava läppävika. Sydämen läppävikojen korjaukset katetritekniikalla lisääntyvät erityisesti suuren leikkaurisriskin vanhuspotilailla. Katetritekniikat tulevat laajentumaan lisääntyvästi myös muihin sydämen muihin läppärakenteisiin. Keuhkovaltimoläppään tehdään

jo katetriläppäasennuksia ja mitraali- sekä trikuspidaaliläppään kohdistuvat katetrioläpät ovat intensiivisen kehityksen kohteina.

- Läppävikojen arviointi ja hoidon suunnittelu edellyttää yksilöllistä harkintaa näiden sairauksien hoitoon perehtyneessä yksikössä, jossa noudatetaan hoitosuosituksia ja käytössä on toimiva raportointi. Eurooppalaiset ja amerikkalaiset suositukset linjaavat edelleen näiden toimenpiteiden keskittämisen yksiköihin, joissa on käytettävissä myös avosydänkirurgia.

Muutosesitys:

Asetuksen 6 §:ään lisätään:

22) Edenneitten liikehäiriösairauksien vaativan hoidon tarpeen arviointi

Edenneellä Parkinsonin taudilla tarkoitetaan tilaa, jossa optimaalisella tavanomaisella lääkähoidolla ei kyetä tyydyttävästi hallitsemaan potilaan päivittäisiä motorisia tilanvaihteluja. Edenneen Parkinsonin taudin hoidossa on maassamme käytettävissä kolme invasiivista hoitomuotoa:

1. syväaivostimulaatio (deep brain stimulation eli DBS),
2. jatkuva levodopa-infuusio ja
3. apomorfiini-infuusio.

Koska potilasmäärät kussakin hoitomuodossa ovat varsin pieniä, hoitojen valinta pitäisi keskittää yliopistosairaaloihin, joissa on tarjolla kaikki kolme hoitomuotoa. Tällöin varmistetaan, että potilaan kanssa keskustellaan tasapuolisesti kolmesta hoitomuodosta ja valitaan potilaalle paras hoitovaihtoehto ottamalla asianmukaisesti huomioon hoitomuotojen edut ja riskit.

Sellaiset vaativat **verisuonikirurgiset leikkaukset ja endovaskulaariset toimenpiteet**, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin 200 kappaletta vuodessa, on verisuonikirurgian osalta tarkoituksenmukaista ja potilasturvallisuuden sekä laadun kannalta järkevää keskittää yliopistosairaaloihin. Harvinaiset kaulavaltimoiden aneurysmat, kaulavaltimoihin liittyvät tuumorit sekä aortankaaresta lähtevien verisuonten tyviin kohdistuva leikkaushoito tulee kuitenkin nykykäytännön mukaisesti keskittää yliopistosairaaloihin. Rutiininomainen kaulavaltimokirurgia, lähinnä karotisbifurkaation end-arterektomia voidaan tehdä ympärivuorokautista erikoissairaanhoidon päivys-tystä ylläpitävissä sairaaloissa.

6§ kohdan 6) mukaisesti HUS katsoo, että erityisesti peräsuolisyövän hoito tulee kokonaisuudessaan keskittää yliopistosairaaloihin ja hoidon suunnittelu tulee tapahtua yliopistosairaalan moniammatillisen syövän hoidon suunnittelutiimin ohjaamana. Käytännössä ei ole mahdollista luotettavasti ennen leikkausta riittävällä tarkkuudella tunnistaa peräsuolisyövässä alaryhmiä, joiden hoito voitaisiin toteuttaa hajautetusti eritasoisissa kirurgian yksiköissä.

Muutosesitys:

6§ kohta 6) HUS pitää perusteltuna, että invasiivisen rakkosyövän operatiivinen hoito ja kystektomiat keskitetään yliopistosairaaloihin. HUS pitää laadun ja potilasturvallisuuden kannalta erittäin tärkeänä, että toimenpidemäärät per keskus ovat riittävät (yli 50 toimenpidettä/vuosi) ja leikkaavassa tiimissä on vähintään 2 osaaajaa.

Muutosesitys:**Asetuksen 6 §:ään lisätään:**

Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikois-sairaanhoito. Sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, tulee viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan koota vaativat leikkaukset ja toi-menpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa. Lisäksi viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan kootaan seuraavat tehtävät:

Ihosityöpien vaativat toimenpidehoidot

Muu keskitettävä erikoissairaanhoito (7 §)**HUS esittää seuraavat huomiot 7 §:ään:**

Kohta 1) Primääri lonkan, polven ja olkapään tekonivelten leikkaushoito (käsittäen tekonivelten välittömien komplikaatioiden hoidon) edellyttää HUS-tasolla laajamittaisia potilasryhmien siirtoja HUS sairaanhoitoalueiden välillä. Esimerkiksi lonkan ja polven tekonivelkirurgia tulisi asetuksen perusteella käytännössä keskitettäväksi HUS-alueella kahteen sairaalaan.

Kohta 3) Selkäkirurgian keskittäminen vähintään 150 vuotuisia leikkausta tekeviin yksiköihin saattaa olla haaste yliopistosairaaloille, kun samanaikaisesti suunnitellaan vaativien selkäleikkausten keskittämistä viiteen yliopistosairaalaan. on huomioitava myös, että koko selkäpotilaan tutkimus- ja hoitoketju on tarjottava leikkaavassa yksikössä tai sen koordinoimana.

Kohta 4) Syövän kirurginen leikkaushoito vähimmäisleikkausmäärineen, jos leikkauksia ei ole muuten keskitetty 5§ tai 6§:n perusteella, on HUS:n mielestä hyvin perusteltu.

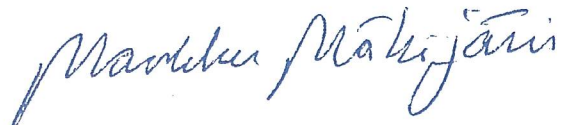
Seuranta (8 §)

HUS esittää, että seurannan käytännön toteuttamista varten STM laatii rakenteisen riittävän selkeän seurantakyselyn, johon kaikki ne sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, voivat vastata yhteismitallisesti. Tilanteen seuranta edellyttää yhteisiä rekistereitä, auditointia tai muita yhteisesti sovittuja tapoja seurata asetuksen edellyttämiä asioita. Epäselvää on, miten toimitaan ja tullaanko asettamaan sanktioita riitatilanteissa tai silloin, jos joku yksikkö ei noudata yliopistosairaan-hoitopiirin kanssa sovittua käytäntöä työnjaosta ja keskitettävistä tehtävistä. Lukumäärien seurannan lisäksi tarvitaan suunnitelmastrukturoidujen laaturekistereiden ja yhteisesti sovitun kriteeristön käyttöönotosta.

Helsingissä 16.6.2017



Aki Lindén
toimitusjohtaja



Markku Mäkijärvi
johtajaylilääkäri

16.6.2017

VALTIONEUVOSTON ASETUS ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ

Somatiikka

Yleiskommentti: Toiminnan kokonaisuuden suunnittelussa ja toimintojen yhteen sovittamisessa tulee alueellisten toimijoiden huomioida alueelliset palvelutarpeet ja hyödynnettävä jo olemassa olevia resursseja mahdollisuuksien mukaan esimerkiksi potilasvirtoja ohjaten alueen eri yksikköihin.

Somatiikan erikoisalojen näkökulmasta

4§: Koskien aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikka hoitoa ja alkuvaiheen kuntoutusta; kuntoutuksen osalta ja vaativaa palliatiivista ja saattohoitoa; syytä linjata myös aluesairaalatason tehtävät.

7§: Koskien primääri lonkan, polven ja olkapään tekonivelten leikkaushoitoa käsittäen tekonivelten välittömien komplikaatioiden hoitoa. Asennettujen lonkan ja polven tekonivelten määrän tulee olla yhteensä vähintään noin 600 vuodessa siten, että yksikössä on käytettävissä riittävä osaaminen sekä polven että lonkan tekonivelten osalta. Olkapään tekonivelten kohdalla edellytys on vähintään noin 40 kappaletta vuodessa; sairaanhoitopiiriä tulee velvoittaa keskittämään toimintoja olemassa olevia resursseja ja osaamista huomioiden.

Psykiatria

Yleiskommentti: Asetuksessa säädetään erikoissairaanhoidon kokonaisuuden suunnittelua ja toimintojen yhteensovittamista ja keskittämisen seurantaa. Asetusluonnoksessa ei yksilöidä tavoiteltuja taloudellisia vaikutuksia, joiden seurantaa asetus edellyttää.

Psykiatrian erikoisalan näkökulmasta

Aikuis-, nuoriso- ja lastenpsykiatrian osalta muutokset vaikuttavat olemattomilta tai vähäisiltä. Kokonaisuuden suunnittelussa ja yhteensovittamisessa lähinnä epilepsian diagnostiikan ja hoidon osio liittyy neuropsykiatrialta osaltaan psykiatriaan ja on osoitettu Pohjois-Savon sairaanhoitopiirille.

Yliopistollisten sairaaloiden on edellä mainitun erikoisalakokonaisuuden osalta huolehdittava lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskeskuksista, psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arvioinnista ja niiden osaamisen ylläpidosta ja osaltaan vaativasta lääkinnällisestä kuntoutuksesta sekä vaativasta kuntoutustutkimuksesta. Lääkinnällistä kuntoutusta ei olla jaoteltu erikoisaloihin, vaikka olisi ollut ehkä perusteltua erikseen mainita psykiatrisen lääkinnällisen kuntoutuksen erityistarpeet.

16.6.2017

Valtakunnallisesti keskitettävässä erikoissairaanhoidossa on esitetty vaarallisten ja vaikeahoitoisten lasten ja nuorten psykiatrisen hoidon keskittämistä ”vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan”. Tämä on toteutunut jo nykytilanteessa.

Yliopistollisiin sairaaloihin suunnitellaan keskitettävä lastenpsykiatrinen ympärivuorokautinen vuodeosastohoito sekä lasten oikeuspsykiatriset tutkimukset ja vaikeiden neuropsykiatristen ja vaikeiden, ei-erikoisalojen välistä yhteistyötä edellyttävien psykiatristen häiriöiden tutkimukset ja hoidot sekä oikeuspsykiatriset erityistutkimukset. HUS Lohjan sairaanhoitoalueen kannalta keskittäminen on jo tapahtunut.

Raija Kontio
sairaanhoitoalueen johtaja
HUS, Lohjan sairaanhoitoalue

Tom Löfstedt
Somatiikan johtava lääkäri
HUS, Lohjan sairaanhoitoalue

Hannu Saloheimo
Psykiatrian johtava lääkäri
HUS, Lohjan sairaanhoitoalue

5.6.2017

HUS Johtajaylilääkäri
Markku Mäkijärvi

Porvoon sairaanhoitoalueen lausunto

Asetus erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Leikkaustoiminnan työnjakoa suunniteltaessa on huomioitava sairaalaan jäävän tai uutena siirtyvän toiminnan kokonaisuus, koska liian yksipuolinen toiminta vaikeuttaa rekrytointia sekä päivystyksen järjestämistä. Vaikka päiväaikaista leikkaustoimintaa voitaisiin ylläpitää siirtämällä lääkäri työvoimaa eri leikkausyksiköiden välillä, on sairaalassa oltava riittävä päivystystoimintaan osallistuva henkilöstö, jonka osaaminen on myös oltava tarpeeksi laaja-alaista. Yhteispäivystyksen ja leikkaustoiminnan ylläpitäminen edellyttää asianmukaista erikoissairaanhoidon päivystystä. Samaa edellyttää myös Porvoon sairaalan A-luokan valmiustaso.

Alueen väestön tarpeet on huomioitava, niin että erikoissairaanhoidon palveluita on saatavilla myös lähialueella, vaikka leikkaustoiminta keskitettäisiin joiltakin osin.

Asetuksen 7§:n mukaan keskitettävistä leikkauksista Porvoota koskevat 1) primäärit lonkan, polven ja olkapään tekonivelleikkaukset, 3) selkäkirurgia ja 4) syövän kirurgisesta leikkaushoidosta rintasyöpä-, munuais- ja paksusuolisyyöpäleikkaukset.

Lonkan ja polven primäärisiä tekonivelleikkauksia Porvoossa tehtiin vuonna 2016 vajaa 500 ja tänä vuonna kokonaismäärä nousee noin 600:aan. Tekonivelprosessi on Porvoossa hyvin hiottu, kustannustehokas ja laadukas. Leikkauksia tekevien ortopedien määrä on pienehkö, jolloin leikkaajakohtaiset suoriteluvut nousevat. Myös koko potilaan hoitopolku ensikäynniltä kotiutukseen on standardoitu ja hyvin toimiva. Leikkaussalitiimit ovat kokeneita ja tehokkaita. Mahdollisten komplikaatioiden varalta sairaalassa on asianmukainen päivystys, mahdollisuus ympärivuorokautiseen kuvantamiseen sekä tehostun valvonnan yksikkö. Sairaalassa on myös panostettu leikkauksen odotusaikojen lyhentämiseen.

Ehdotuksemme on, että primäärejä lonka ja polven tekonivelleikkauksia ohjataan jatkossa Porvoon sairaalaan asetuksen edellyttämä määrä. Selkäkirurgian osalta leikkausten määrä Porvoossa on ollut noin 70/vuosi. Selkäpotilaiden kohdalla leikkaukseen päätyy vain pieni osa hoidossa olevista potilaista. Jos asetuksen perusteella selkäleikkaukset siirtyisivät pois Porvoosta, on koko selkäpotilaiden hoitopolku alueella suunniteltava, koska polikliininen tutkimus ja hoito yksikössä, jossa sitten tarvittaessa ei voitaisi leikkauspäätöstä tehdä, ei ole mielekästä. Selkäleikkausten loppuessa Porvoossa leikkaussalikapasiteettia ja ortopedityöaikaa vapautuisi edelleen tekonivelleikkauksille.

Munuaissyöpäleikkauksia on tehty Porvoossa 15-20/vuosi. Porvoon, Hyvinkään ja Lohjan alueella on leikattu noin 70 munuaissyöpäleikkausta vuodessa. Tarvittaessa

kyseiset alueet voisivat tehdä yhteistyötä näiden osalta niin että potilaan hoidosta vastannut lääkäri voisi suorittaa leikkauksen paikassa, jossa leikkausten lukumäärä olisi asetuksen edellyttämällä tasolla.

Paksusuoli- ja rintasyöpäleikkausten lukumäärä Porvoossa on jäänyt alle asetuksessa esitetyn vähimmäisrajan. Porvoossa on tehty yleisiä laparoskooppisia paksusuolileikkauksia (rectopexia, hemicolectomia), laparoskooppisia tyräleikkauksia sekä sappirakon poistoja. Lisäksi Porvoossa tehdään näiden potilaiden seurantatutkimukset (colonoskopiat ym). Jo aiemmin on keskitetty suolisyöpäleikkauksista maha- ja peräsuolisyöpäleikkaukset. Kaikkien paksusuolisyöpäleikkausten keskittäminen pois Porvoosta yksipuolistaa työnkuvaa ja saattaa vaikeuttaa rekrytointia.

Porvoossa 5.6.2017

Kimmo Halonen
johtava lääkäri

Hilkka Huutilainen
operatiivisen tulosyksikön johtaja

Leena Koponen
sairaanhoitoalueen johtaja