

LUONNOS 5.5.2017

Hallitusneuvos Anne Koskela
Lääkintöneuvos Timo Keistinen

VALTIONEUVOSTON ASETUS ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITÄMISESTÄ

1 Johdanto

Terveysturvotolain (1326/2010) 45 §:ssä (29.12.2016/1516) säädetään erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä. Osa sellaisista tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja sen ylläpitämiseksi tai merkittäviä investointeja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi, kootaan suurempiin yksiköihin.

Valtioneuvoston asetuksen tavoitteena on säätää valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskittävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskittävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä keskittämistä toteutettaessa. Valtakunnallisesti keskittävä erikoissairaanhoito on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Alueellisesti keskittävä erikoissairaanhoito kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoitoa kootaan laadun ja potilasturvallisuuden niin edellyttäessä.

Terveysturvotolain mukaisesti valtioneuvoston asetuksella voidaan säätää myös siitä, mitkä valtakunnallisen tai alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovitamista koskevat tehtävät säädettäisiin yhden tai useamman valtakunnallisen tai alueellisen toimijan hoidettaviksi.

Asetuksen tavoitteena on löytää keinot parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta, taata kaikille yhtäläinen oikeus parhaaseen hoitoon sekä käyttää terveydenhuoltoon tarkoitettut resurssit mahdollisimman tehokkaasti. Pääministeri Juha Sipilän hallitus on sopinut strategisessa hallitusohjelmassa alueellisesta erikoissairaanhoidon uudistuksesta, jolla tuetaan sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta ja maakuntaudistuksen toimeenpanoa vuoden 2019 alusta lukien. Hallitusohjelma edellytti erikoissairaanhoidon toiminnan tehostamista ja sitä kautta saatavia säästöjä jo ennen sote-uudistusta. Lääketieteen kehitys on erityisen nopeaa erikoissairaanhoidossa. Tämä edellyttää, että vaikuttavat hoitomenetelmät otetaan yhdenvertaisesti ja kustannustehokkaasti käyttöön uuden tiedon ja tutkimustulosten myötä.

Potilaan hoitokokonaisuudessa erityisosaamista vaativa osuus on usein vain rajallinen osa kokonaisuutta. Usein erityishoitoa kuten leikkausta tarvitaan potilaan hoitopolulla vain hyvin lyhyen ajan ja kerran elämässä. Jatkohoito ja kuntoutus on usein mahdollista järjestää lähipalveluna ja potilaan kokonaihoitopolku voi olla huomattavasti pidempi kuin yksittäinen keskitetty toimenpide. Esimerkiksi lonkkamurtuman



hoidossa leikkaus muodostaa ajallisesti vain pienen, vaikka tärkeän, osan kokonaisuhoitoa ja kuntoutusta. Hoidon tulokset tulevat esille näiden potilaiden kohdalla erityisesti kuntoutusketjun tehokkuuden ansiosta. Sama koskee myös syöpäkirurgiaa, jossa hoito usein jatkuu säde- ja lääkehoidolla.

Suuret potilas- ja toimenpidemäärät mahdollistavat paremmin kokemuksen kertymisen. Suuressa yksikössä usean eri erikoisalan yhteinen osaaminen parantaa tuloksia. Tutkimus ja opetustoiminta tukevat yhtenäisiä hoitokäytäntöjä, laatu järjestelmien luontia, hoitotoimenpiteiden tulosten seuranta ja toiminnan jatkuvaa arviointia. Hyvät mahdollisuudet konsultoida erityisosaajia ovat suuressa yksikössä usein paremmat ja kokemusta kertyy paremmin.

Toimenpidettä tai hoitoa antavan yksikön, tiimin tai hoitavan lääkärin oppimiskäyrän pituus vaihtelee eri toimenpiteissä, ja tutkittua tietoa tästä on puutteellisesti saatavissa. Yksiselitteisesti ei voida sanoa, milloin volyymin kasvaessa hyöty kasvaa lineaarisesti ja milloin saavutetaan kynnyksarvo, jolloin tulokset eivät enää parane. Potilasvakuutuskeskuksen aineistosta tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että sairaaloiden leikkausvolyymi oli yhteydessä vahinkojen määrään. Korvattuja potilasvahinkoja sattui pienimmissä sairaaloissa noin kaksi kertaa useammin kuin suurimmissa. Erityisesti leikkausteknisiä virheitä sattui pienissä sairaaloissa useammin. Esimerkiksi tekonivelen kupin virheasennon vuoksi korvattuja vahinkotapauksia sattui pienissä sairaaloissa jopa yhdeksän kertaa useammin kuin suurimmissa sairaaloissa. Suuren sairaalan rajana pidettiin tässä selvityksessä yli 400 lonkkakeinonivelen asennusta vuodessa tekevää sairaalaa. Kansainvälisissä julkaisuissa on todettu, että laadulliset tulokset ovat huonoja, jos kirurgin leikkausten määrä on alle 35 vuosittaista lonkka-leikkausta ja että tulokset paranevat systemaattisesti leikkausmäärän kasvaessa vielä 250 vuosittaisen leikkauksen jälkeenkin.

Hoitojen keskittäminen ja lisääntyneet volyymit tuovat mukanaan usein hoitotapojen yhtenäistymisen ja samalla yhtenäisen parhaan hoitokäytännön. Suurissa sairaaloissa on usein paremmin varustetut leikkaussalit, parempi tekninen varustelu, kehittyneempi koulutusohjelma tiimeille, tarkemmin mietitty toimintatapa ja kliininen päätöksenteko, standardisoidut hoitoprotokollat ja parempi valmius todeta aikaisin mahdolliset komplikaatiot. Tähän tarvitaan koko hoitotiimin osaamista eikä pelkästään esimerkiksi leikkaavan kirurgin osaamista. Nämä ehdot täyttyvät suuremmalla todennäköisyydellä suuressa sairaalassa. Toimintaa rakennetaan tällöin yhtenäisten toimintaohjelmien ympärille ja seuraten sitä järjestelmällisillä kliinisillä kierroilla, koulutuksella, konsultaatioilla ja yhtenäisillä laatu järjestelmillä. Tarvitaan myös yhtenäisiä reaaliaikaisia kliinisiä laatu järjestelmiä.

Vaativien ja riskipitoisten hoitotoimenpiteiden laatua on mitattu tutkimuksissa usein vakavien komplikaatioiden kuten kuolleisuuden avulla. Tutkimukset ovat osittaneet, että suurilla sairaaloilla on paremmat mahdollisuudet hoitaa harvinaisia ja vakavia komplikaatioita. Leikkausten määriä vertailevat tutkimukset ovat tutkimusasetelmaltaan olleet kuitenkin vaihtelevia, ja niiden vertaaminen toisiinsa haastavaa. Ne ovat olleet lisäksi usein rekisteripohjaisia, joka osaltaan vaikeuttaa tulosten vertailua.

Sairaalan ja sen yksikön osaamisen ylläpidossa on keskeisenä keinona osallistuminen alan lääketieteelliseen tutkimukseen. Tutkimuksen eturintamassa on velvollisuus uusimman tiedon tiiviiseen seuraamiseen. Alan perustutkimus, kliininen tutkimus ja



epidemiologinen tutkimus tuottavat uutta tietoa ja johtavat systemaattiseen alan kehityksen seuraamiseen. Tässä ovat yliopistosairaalat käytännössä etulyöntiasemassa. Suuri sairaala mahdollistaa pitkälle vietyä erikoistumista ja suurempien osaamistimien rakentamista. Erikoistuminen on etenkin kirurgisissa erikoisaloissa viety pitkälle. On nähtävissä, että erikoistuminen esimerkiksi keinonivelkirurgiaan johtaa parempaan hoidon laatuun.

Koko tiimin osaamista ja kokemusta ei pidä aliarvioida. Erityisesti mahdollisen uhkaavan komplikaation voi havaita ensimmäisenä lähellä potilasta työskentelevä sairaanhoitaja. Kokemus auttaa tällaisissa tilanteissa paljon. Tämä edellyttää esimerkiksi leikkaustoiminnassa toimintaa ympäri vuorokauden ja siten kyseisen leikkaavan erikoisalan päivystyksen järjestämistä ja osaamisen kokoamista suurempiin yksiköihin.

Vaikka suuret toimenpiteiden ja hoitojen volyymit johtavat tutkimusten mukaan keskimäärin parempaan hoidolliseen tulokseen, suuri volyyymi ei automaattisesti johda pienempiin yksikkökohtaisiin kustannuksiin. Kustannushyödyt voidaan saavuttaa esimerkiksi komplikaatioiden esiintymisen pienenemisen kautta. Suuressa yksikössä prosessien tehokkuutta voidaan parantaa ja eri erikoisalat voivat myös käyttää samoja laitteita ja resursseja yhdessä, jolloin niiden yhteiskäyttö mahdollistaa tehokkuuden.

Suureen sairaalaan voi toisaalta kertyä suuruudesta johtuvia kustannuksia. Sairaalaan voidaan alueellisesti keskittää komplikaatiolle alttiiden potilaiden hoitoa, ja pienemät paikalliset sairaalat vastaavasti hoitavat lievempiä saman sairausryhmän potilaita. Tämä vääristää helposti rekisteripohjaisten kustannusvertailujen tuloksia. Taloudellisten hyötyjen saavuttamista keskittämällä ei ole yhtä systemaattisesti pystytty osoittamaan kuin on pystytty osoittamaan hoidon laadun paraneminen. Harvinaisten leikkausten kustannusten keskittäminen ei välttämättä johda yksikkökustannusten merkittävään laskuun. Sen sijaan suuren volyymin toimenpiteissä on helpompi rakentaa sujuvia hoitoketjuja ja siten vähentää yksikkökustannuksia. Tällaisia leikkauksia voisivat olla esimerkiksi keinoivelleikkaukset ja tavallisimmat syöpäleikkaukset. Suuret volyymit usein johtavat selvitysten mukaan lyhempiin hoitoaikoihin ja standardihoitomallin noudattamiseen. Sairaaloiden yhdistämisen taloudellisia hyötyjä ei saavuteta pelkästään volyymien kasvun kautta vaan siten, että kaksinkertaista kapasiteettia vähennetään ja tarpeeton toiminta lopetetaan. Tästä kehityksestä on hyvänä esimerkkinä HYKS-sairaanhoitoalueella saavutettu tuottavuuden lisääntyminen viimeisen kymmenen vuoden aikana.

Terveysturvalaki edellyttää, että erityisvastuualueet laativat erikoissairaanhoiton järjestämissopimukset. Erikoissairaanhoiton järjestämissopimuksessa on sovittava erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta sekä uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Työnjaon on edistettävä terveydenhuollon laatua, potilasturvallisuutta, vaikuttavuutta, tuottavuutta ja tehokkuutta. Työnjaossa on lisäksi varmistettava, että järjestämissopimuksen mukaan hoitoa antavassa toimintayksikössä on riittävät taloudelliset ja henkilöstövoimavarat sekä osaaminen. Tehdyt sopimukset ovat usein kuvanneet nykytilanteen, eikä merkittävää toiminnan keskittämistä ole tapahtunut.



Jotta valtakunnallista ja alueellista työnjakoa voidaan edistää, on kansallisesti määriteltävä asetuksella tarkemmin yhtenäisiä perusteita hoitojen toteuttamiselle ja siten mahdollistaa paikalliset ja alueellisesti laadukkaat palvelut väestölle. Asetuksella pyritään takaamaan väestölle mahdollisimman yhdenvertaiset laadukkaat palvelut sääntämällä pääperiaatteet palveluja ja hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä sovittaessa työnjaosta ja koottaessa toimintaa suurempiin yksiköihin. Asetuksessa määritellään periaatteet valtakunnallisesti ja alueellisesti keskitettävistä hoidoista ja toimenpiteistä sekä valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevat tehtävät.

2 Asetuksen yksityiskohtaiset perustelut

1 luku Yleiset säännökset

1 § Asetuksen soveltamisala

Asetus koskee terveydenhuoltolain 45 §:ssä tarkoitettua erikoissairaanhoidon työnjakoa ja keskitettävää erikoissairaanhoidoa. Sellaiset erikoissairaanhoidon tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot, jotka harvoin esiintyvinä tai vaativina edellyttävät toistettavuutta tai usean alan erityisosaamista riittävän taidon ja osaamisen saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi tai jotka edellyttävät merkittäviä voimavaroja laitteistoihin ja välineisiin terveydenhuollon laadun ja potilasturvallisuuden, vaikuttavuuden, tuottavuuden ja tehokkuuden takaamiseksi. Asetuksella säädetään valtakunnallisesta ja alueellisesta sairaaloiden työnjaosta ja keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidosta sekä tarvittaessa hoitoa antavista yksiköistä sekä keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, joiden tulee täytyä keskitämistä toteutettaessa.

Asetuksella voidaan säätää valtakunnallisista ja alueellisista toimijoista, joille annetaan tehtäväksi toiminnan valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja toimintojen yhteen sovittaminen. Valtakunnallisten ja alueellisten toimijoiden tulee yhteistyössä huolehtia toiminnan yhdenvertaisesta ja vaikuttavasta toteuttamisesta koko maassa.

2 § Erikoissairaanhoidon työnjakoa koskevat yleiset periaatteet

Terveydenhuoltolaissa on määritelty erikoissairaanhoidon työnjakoa ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevat yleiset periaatteet. Erikoissairaanhoidon kuuluvat tutkimukset, toimenpiteet ja hoidot kootaan joko valtakunnallisesti harvempaan kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon yksikköön. Alueellisesti tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoja kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan terveydenhuollon yksikköön taikka ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin yksiköihin tässä asetuksessa säädettyjen edellytysten mukaisesti. Tämän asetuksen 7 §:ssä säädetään alueellisesti koottavista tutkimuksista, hoidoista ja toimenpiteistä sekä niitä tekevien sairaaloiden laadullisista ja määrällisistä edellytyksistä.



Keskitettyä hoitoa antavassa yksikössä tulee olla korkea asiantuntemus ja kokemus sekä käytössä laatujärjestelmä, jolla taataan hoidon korkea taso. Valtakunnallisesti keskitettyä hoitoa antavien yksiköiden tulee toimia yhteistyössä kaikkien muiden yliopistollisten sairaaloiden kanssa palveluiden laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi.

Valtakunnallisesti vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan koottavaa hoitoa antavista terveydenhuollon yksiköistä sopivat yhdessä ne sairaanhoitopiirien kuntayhtymät, joissa on yliopistollinen sairaala. Alueellisesta työnjaosta on sovittava tarkemmin terveydenhuoltolain 43 §:n mukaisessa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa. Lisäksi asetuksessa säädetään määrällisistä kriteereistä, joiden tulee täyttyä asetuksessa mainittuja tehtäviä koottaessa.

3 § Valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen

Pykälässä osoitettaisiin eräitä valtakunnallisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevia tehtäviä yliopistollisille sairaaloille tai sairaanhoitopiireille.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille säädettäisiin syövän ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen *valtakunnallista* suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät, joita hoidettaessa on huolehdittava toimintojen (kliinisestä ja translationaalisesta) tutkimuksellisesta pohjasta.

Säädöksellä tarkoitetaan perustettavaa Kansallista syöpäkeskusta, joka muodostuu viidestä alueellisesta syöpäkeskuksesta ja valtakunnallisesta koordinoivasta yksiköstä. Alueellisten syöpäkeskusten toiminnoista on tarkoitus sopia vuoden 2018 aikana kullakin viidellä erityisvastuualueella (tulevalle sote-yhteistyöalueella) sairaanhoitopiirien ja yliopistojen sopimuksella. Koordinoivan yksikön toiminnoista on tarkoitus sopia alueellisten syöpäkeskusten kesken vuoden 2018 loppuun mennessä. Koordinoiva yksikkö olisi organisatorisesti erillinen alueellisista syöpäkeskuksista. Koordinoiva yksikkö sijoitettaisiin hallinnollisesti itsenäiseksi osaksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriä, missä se toimisi oman johdon alaisuudessa.

Kansallisen syöpäkeskuksen tavoitteina on vähentää syöpäkuolleisuutta ja parantaa syöpäpotilaiden elämänlaatua edesauttamalla syöpätutkimusta sekä näyttöön perustuvien ja kustannusvaikuttavien toimien toimeenpanoa syövän ehkäisemiseksi, todentamiseksi ja hoitamiseksi yhdenvertaisesti. Tavoitteen saavuttamiseksi kansallinen syöpäkeskus ohjaa yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön kanssa kansallisesti ja alueellisesti syövän ehkäisyä, seulontaa, diagnostiikkaa, hoitoa, kuntoutusta ja oireenmukaista hoitoa laatimalla näitä koskevia suosituksia. Tavoitteen saavuttamiseksi kansallinen syöpäkeskus edistää syöpään liittyvää tutkimus- ja kehittämistoimintaa ja tutkimuksen integraatiota syöpäpotilaiden hoitoon, edistää hyvien ja yhtenäisten hoitokäytänteiden noudattamista; seuraa syövän diagnostiikan ja hoidon saatavuutta ja arvioi toiminnan vaikuttavuutta, laatua ja tuloksellisuutta sekä seuraa hoidon saatavuuden ja hoitotulosten yhdenvertaisuutta. Kansallinen syöpäkeskuksen koordinoiva yksikkö voi lisäksi tehdä yksilöidyissä asioissa esityksiä sosiaali- ja terveysministeriölle, muille ministeriöille, Suomen Akatemialle, kansanterveys- ja potilasjärjestöille ja muille alalla toimiville yhteisöille. Alueelliset syöpäkeskukset voivat yhdessä valtuuttaa koordi-



naatioyksikön hoitamaan edellä mainittujen tehtävien lisäksi myös muita kansalliselle syöpäkeskukselle annettavia tehtäviä.

Asetuksessa annetaan Helsingin seudun yliopistolliselle keskussairaalle elinluovutus-toiminnan valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista sekä koulutuksen suunnittelua koskevat tehtävät. Optimaalinen elinsiirtotoiminta edellyttää koko elinluovutus- ja elinsiirtoketjun toimivuutta ja moniammatillista yhteistyötä. Elinluovutusta ja elinsiirtoja koskevassa kansallisessa toimintasuunnitelmassa vuosille 2015–2018 (STM 2014:14) todetaan, että toimiakseen tehokkaasti elinluovutusjärjestelmä tarvitsee vahvaa kansallista ohjausta. Valtakunnallista toimintaa ohjaamaan on perustettu elinluovutustoiminnan neuvottelukunta. Toiminnan tehostamiseen tarvitaan lisäksi elinluovutustoiminnan kansallinen koordinaattori. Koordinaattorin tehtävään kuuluu elinluovutustoiminnan kansallisen ohjauksen, kehittämisen ja seurannan toimeenpano yhteistyössä muiden elinluovutus- ja elinsiirtotoiminnassa mukana olevien tahojen kanssa.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tehtäväksi säädettäisiin hengitys-, uni- ja vireystilähäiriöiden diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät. Turun yliopistollisessa keskussairaalassa on kansainvälisesti korkealaatuista ja kansallisesti ainutlaatuista hengitysvajauspotilaiden hoidon osaamista. Hengitysvajauspotilaiden hoito ei tällä hetkellä toteudu Suomessa kansallisesti yhdenvertaisesti. Eri syistä johtuvan hengitysvajeen, hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon ja yli 80 erilaisen hoidettavissa olevan unen ja vireystilan häiriön, hengitysvajeen ja hengenahdistuksen palliatiivisen hoidon asianmukaisen tutkimisen ja hoidon edellytyksenä on monierikoisalainen, moniammatillinen kansainvälisen mallin mukainen ventilaatio-, uni- ja vireystilähäiriöyksikkö, joka voi järjestää ja ylläpitää tarpeellista koulutusta ja laatutoimintaa koko terveydenhuollon tarpeita ajatellen sekä tehdä kansainvälisen tason tieteellistä tutkimusta. Tämän kaltaisen osaamiskeskuksen (kattaen uni- ja vireystilähäiriöiden lisäksi keuhkoperäisen ja neuromuskulaarisairaudesta johtuvan hengitysvajeen) tarpeellisuudesta on tehty selvitys (Saaresranta 2006) ja verkostomuotoisen osaamiskeskuksen perustamisesta ehdotus (Jääskeläinen, Saaresranta ym. 2010). Vastaavanlaisia keskuksia on useita mm. muissa Pohjoismaissa.

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tehtäväksi säädettäisiin nivelreuman ja muiden tulehduksellisten reumasairauksien diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät. Tässä tehtävässä kuten muissakin valtakunnallisissa osaamisen koordinaatiotehtävissä on syytä huomioida jo tapahtunut erityisosaamisen kokoaminen. Kaikissa sairaanhoitopiireissä/maakunnissa on syytä säilyttää reumayksiköt, joihin keskitetään nivelreuma- ja muiden tulehduksellista reumasairautta sairastavien potilaiden diagnostiikka ja konsultaatiot.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiirille säädettäisiin vaikean epilepsian diagnostiikan ja hoidon valtakunnallista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät. Aivosairauksien diagnostiikassa ja hoidossa yhdistyy usean erikoisalan asiantuntemus. Keskustelua verkostomaisen kansallisen neurokeskuksen perustamisesta on syytä jatkaa.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirille säädettäisiin terveydenhuollon menetelmien arviointia sairaanhoitopiireissä koskevat koordinaatiotehtävät. Tässä tarkoitetaan ter-



veydenhuollon menetelmien arviointia siltä osin kuin tehtävä [jatkossa](#) kuuluu sairaanhoitopiireille, tulevaisuudessa maakunnille ja niiden yhteistyöalueille.

4§ Alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen

Pykälässä säädetään alueellisen kokonaisuuden suunnittelua ja yhteen sovittamista koskevista tehtävistä. Sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, on viiden yliopistollisen sairaanhoitopiirin huolehdittava pykälässä mainituista erikoissairaanhoidon tehtävistä, niiden suunnittelusta ja yhteen sovittamisesta alueellisesti.

Aivoverenkiertohäiriöiden diagnostiikka, hoito ja alkuvaiheen kuntoutus. Sairaanhoitopiireissä aivoinfarktipotilaiden hoidon tuloksellisuus vaihtelee. On arvioitu, että vain 15 % kaikista sairastuneista pääsee tarvitsemaansa moniammatilliseen kuntoutukseen. Erityisen huono on tilanne kuntoutuksen osalta yli 65-vuotiaiden kohdalla. Tavoitteena asetuksella on, että erityisvastuualueet yliopistosairaalan johdolla suunnittelevat aivoverenkiertohäiriöiden hoidon ja kuntoutuksen kokonaisuuden siten, että se parhaiten palvelee alueen asukkaita.

Harvinaissairauksien ehkäisy, diagnostiikka, hoito ja kuntoutus. Tässä yhteydessä harvinaissairauksien ehkäisyllä tarkoitetaan muun muassa kliinistä genetiikkaa. Harvinaisiksi katsotaan sairaudet, joita sairastaa enintään viisi ihmistä 10 000 ihmistä kohden. Euroopan Unionin neuvoston suosituksen mukaisesti STM:n asettaman harvinaiset sairaudet -ohjausryhmä esitti kansallisessa ohjelmassaan vuonna 2013, että jokaiseen yliopistolliseen sairaalaan perustettaisiin harvinaisten sairauksien yksikkö. Näiden tehtävänä on vastata potilaista, joilla on harvinaiseen sairauteen sopivia oireita, mutta joille ei ole löydetty diagnoosia perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidon yksikössä. Nämä keskuksat vastaisivat myös sellaisista diagnosoiduista harvinaispotilaista, jotka vaativat moniammatillista osaamista ja joille ei löydy sopivaa koordinoivaa tahoja miltään erikoisalalta. Vuoden 2017 alkuun mennessä kaikkiin yliopistosairaaloihin onkin perustettu harvinaissairauksien yksikkö.

Valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset jatkotutkimukset ja seulontaprosessien laadunvarmistus mukaan lukien harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonta vastasyntyneiltä. Valtakunnallisen seulontaohjelman mukaisilla seulonnoilla tarkoitetaan seulonnoista annetussa valtioneuvoston asetuksessa (339/2011) mainittuja seulontoja. Seulontojen järjestämisvastuu siirtyy kunnilta maakunnille maakunta- ja sote-uudistuksen tullessa voimaan. Asetusta on tässä yhteydessä tarkoitettu tarkistaa. Jatkotutkimuksilla tarkoitetaan vakavien löydösepäilyjen johdosta tehtävien tutkimusten keskittämistä. Seulontojen kokonaisprosessien laadunvarmistusta tulee tehostaa yhdessä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa.

Sekä sikiöiden rakenne- ja kromosomipoikkeavuuksien että vastasyntyneiden aineenvaihduntatautiin seulontaohjelmat kohdistuvat koko väestön tarkalleen määritettyihin kohderyhmiin (sikiö ja vastasyntynyt). Molempien seulontamenetelmien kohdalla keskeistä on tarkkaan aikataulutettu seulontanäytteiden otto, analyysi sekä vastausten anto. Positiiviset seulontanäytteet edellyttävät erikoissairaanhoidon tasolla tehtyä tulkintaa, vanhempien neutraalia mutta asiantuntevaa informaatiota sekä tarvittavien jat-



kohoittojen järjestämistä. Molempien seulontaohjelmien osalta jatkuva seulontamenetelmien kehitys edellyttää kansainvälisen tutkimuksen seurantaa ja seulontaohjelman muutostarpeiden tunnistamista, mikä kuuluu yliopistosairaalan toimenkuvaan.

Aiheenvaihduntasairauksien seulonta vastasyntyneillä ei perustu seulonnoista annettuun asetukseen, vaan sosiaali- ja terveystministeriön suositukseen (7.4.2014, STM017:00/2011).. Sosiaali- ja terveystministeriö suosittelee, että yliopistolliset sairaalat vastaisivat yhdessä synnynnäisten aineenvaihduntasairauksien seulontaohjelman kansallisesta suunnittelusta, ohjauksesta ja laadunvarmistuksesta.

Harvinaisten aineenvaihduntatautiin seulonta olisi tarkoituksenmukaista keskittää yhteen laboratorioon, jotta luotettavan seulontamenetelmän edellyttämä osaaminen voidaan varmistaa ja analyysikustannukset näytettä kohden pitää kohtuullisina. Seulontalaboratorion toiminta tulee olla kytkettynä kliinisen toiminnan yksikköön, joka antaa konsultaatiopalveluita niin seulontalaboratoriolle kuin positiivisten vastausten osalta vastasyntyneen jatkotutkimuksista vastaavalle sairaalalle. Tällä hetkellä Turun yliopistollinen keskussairaala on vastannut vastasyntyneiden aineenvaihduntatautiin seulontänäytteiden analyysistä ja jatkotutkimusten ohjauksesta.

Lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskeskukset olisi kaikissa viidessä yliopistollisessa sairaalassa. Nämä osaamiskeskukset sisältyvät hallituksen kärkihankkeessa Lapsi- ja perhepalveluiden muutosohjelma (LAPE) perustettaviin viiteen hallinnonrajat ylittävään osaamis- ja tukikeskukseen, mutta tulevaisuudessa niistä on tarkoitus tulla pysyviä rakenteita.

Vaativa palliatiivinen ja saattohoito. Palliatiivisella eli oireita lievittävällä hoidolla tarkoitetaan potilaan aktiivista kokonaisvaltaista hoitoa silloin, kun kuolemaan johtava tai henkeä uhkaava sairaus aiheuttaa potilaalle ja hänen läheisilleen kärsimystä ja heikentää heidän elämänlaatuaan. Vaikka määritelmän mukaan palliatiivinen hoito ei ole ajallisesti rajattu mihinkään tiettyyn sairauden vaiheeseen, kasvaa sen tarve kroonisten sairauksien edetessä ja kuoleman lähestyessä, vaikka palliatiivisen hoidon vaihe voi kestää jopa vuosia. Saattohoito on osa palliatiivista hoitoa joka ajoittuu viimeisille elinviikoille ns. kuolevan potilaan hoitoa. Sekä palliatiivisessa hoidossa että saattohoidossa tavoitteena on vaalia potilaan ja läheisten elämänlaatua ja lievittää fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja henkistä kärsimystä. Palliatiivisen hoidon ja saattohoidon palveluita järjestettäessä alueelliset erot tulee huomioida, kuten väestötiheys ja etäisyydet. Erityisvastuualueiden yliopistosairaaloiden tulee suunnitella vaativan palliatiivisen hoidon järjestelyt alueellaan valtakunnallisesti yhtenäisten hoidon perusteiden mukaisesti. .

Psykoterapeuttisten ja psykososiaalisten menetelmien arviointi ja niiden osaamisen ylläpito. Tällä tarkoitetaan psykososiaalisia ja psykoterapeuttisia ehkäisevän työn menetelmiä ja hoitomuotoja. Yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri huolehtii alueellisesti, että perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon käytössä on vaikuttavaksi osoitettuja psykoterapeuttisia ja psykososiaalisia menetelmiä väestön tarpeen mukaisesti sekä niihin liittyvää koulutusta ja työnohjausta.



Syövän ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät valtakunnallisessa yhteistyössä ja huolehtien toiminnan tutkimuksellisesta pohjasta. Asetuksessa annetaan viidelle yliopistolliselle sairaanhoitopiirille syövän ehkäisyn, hoidon ja kuntoutuksen alueellista suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät valtakunnallisessa yhteistyössä. Tämän lisäksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri hoitaisi toiminnan valtakunnallista suunnittelua ja yhteensovittamista koskeva tehtävä. Säädöksellä tarkoitetaan osapuolten tehtäviä perustettavassa Kansallisessa syöpäkeskuksessa, joka muodostuu viidestä alueellisesta syöpäkeskuksesta ja yhdestä valtakunnallisesta koordinoivasta yksiköstä. Alueellisten syöpäkeskusten toiminnoista on tarkoitus sopia vuoden 2018 aikanakullakin viidellä erityisvastuualueella (tulevalle sote-yhteistyöalueella) sairaanhoitopiirien ja yliopistojen sopimuksella. Koordinoivan yksikön toiminnoista on tarkoitus sopia alueellisten syöpäkeskusten kesken vuoden 2018 loppuun mennessä.

Hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisten palvelujen hoidon porrastus ja yhteen sovitus. Sairaaloissa annettavan hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisen hoidon ja hoitoketjujen toimivuuden ja yhteneväisen hoidon saatavuuden parantamiseksi suun terveydenhuollossa on tarpeen sopia toiminnan järjestämisestä nykyistä selkeämmin. Potilaan hoidon kannalta sairaaloissa tarvitaan eri hammaslääketieteen erikoisalojen osaamista. Tarvitaan myös muiden lääketieteen osa-alueiden yhteistyötä, joka on mahdollista isommissa yksiköissä. Yhdenmukaiset hoitoperiaatteet ja -käytännöt lisäävät myös laatua ja toiminnan tuottavuutta. Isompi yksikkö pysyy toiminnassa henkilöstön loma-aikoina ja pystyy tarjoamaan laajemmat konsultaatio- ja oheispalvelut. Tämä merkitsee osaajien keskittämistä ja nykyistä parempaa verkottumista suun terveydenhuollossa. Myös peruspalvelujen toimivuutta tulee arvioida osatekijänä kokonaisuudessa, jotta erikoissairaanhoidossa hoidetaan juuri tarpeen mukaisia palvelukonaisuuksia eikä niitä hoitoja, joita peruspalveluissa voidaan järjestää. Hoitoketjujen kannalta toimiviksi ovat osoittautuneet suun erikoissairaanhoidon täydentävät yksiköt, joissa tuotetaan polikliinisiä palveluja sairaalan ulkopuolella. Näitä on toiminnassa jo muutamilla erityisvastuualueilla. Yksiköt pystyvät myös ketterästi hyödyntämään yksityissektorilla olevaa erikoishammaslääkärikapasiteettia.

Toiminta edellyttää kuitenkin toimintojen suunnitelmallista ohjausta, palvelujen tarpeen arviointia ja tulosten seuranta sekä yhtenäisistä käytännöistä sopimista. Viiden yliopistollisen sairaalan on huolehdittava hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisten palvelujen hoidon porrastuksen suunnittelusta ja yhteen sovitukselta alueellisesti.

Terveystieteiden menetelmien arviointi valtakunnallisessa yhteistyössä. Erityissairaanhoitoon tulee vuosittain uusia menetelmiä, jotka usein ovat kalliita ja niiden käytöstä ei ole ehtinyt muodostua laajaa tietopohjaa. Terveystieteiden lain 43§ edellyttää erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sopimaan muun muassa uusien menetelmien käyttöönoton periaatteista. Yliopistosairaaloilla on tavanomaisesti voimavarat ja menetelmälliset mahdollisuudet arvioida uusia teknologioita ja niiden käyttöönottoa. Tämän niin sanotun HTA-toiminnan organisointi on perusteltua suunnitella valtakunnallisessa yhteistyössä.



Vaativa lääkinällinen kuntoutus sekä vaativa kuntoutustutkimus. Hyvin hoidetulla ja rakennetulla kuntoutusjärjestelmällä pystytään lyhentämään hoitoaikoja, parantamaan potilaan saaman hoidon kokonaisuuden laatua ja myös usein säästämään kustannuksia. Useassa sairaudessa esiintyy kuntoutuksen erityisiä haasteita, joiden ratkaiseminen edellyttää keskitettyä laajaa, monialaista osaamista sisältävää yksikköä. Näihin kuuluvat myös vaativat kuntoutustutkimukset.

Vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antaminen. Vuoden 2015 alusta lukien vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antamisesta on sovittu sosiaali- ja terveysministeriön ja yliopistollisten sairaanhoitopiirien kanssa siten, että kukin yliopistollinen sairaanhoitopiiri vastaa vuorollaan puolen vuoden ajan vakuutuslääketieteellisten lausuntojen antamisesta. Asetuksen mukaan yliopistollista sairaanhoitopiiriä ylläpitävät sairaalat huolehtisivat tämän tehtävän suunnittelusta ja yhteensovittamisesta jatkossa.

Vaativat diagnostisten erikoisalojen tutkimukset, mukaan lukien kliininen genetiikka ja eläviin henkilöihin kohdistuvat oikeuslääketieteelliset kliiniset tutkimukset ja näytteenotot. Pykälällä tarkoitetaan diagnostisten erikoisalojen piiriin kuuluvia tutkimuksia, konsultaatioita ja hoidollisia toimenpiteitä, joita tarvitaan ensisijaisesti muussa kuin perusterveydenhuollon ja yleislääketieteen alaan kuuluvassa toiminnassa. Oikeuslääketieteellisissä tutkimuksissa on kyse eläviin henkilöihin kohdistuvista tutkimuksista, joissa käytetään julkista tai merkittävää julkista valtaa (esimerkiksi kliininen humalatilatutkimus ja siihen liittyvä verinäytteen otto). STM:ssä toimivassa työryhmässä suunnitellaan tätä toimintaa koskevan ohjeistuksen päivittämistä vuoden 2017 aikana.

5§ Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoito

Pykälän 1 momentissa säädettäisiin velvoite sellaisten vaativien leikkausten, hoitojen ja toimenpiteiden, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 50 kappaletta vuodessa, kokoamisesta vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien on sovittava yhdessä työnjaosta näiden tehtävien osalta. Harvinaisten ja teknisesti vaativien leikkausten ja toimenpiteiden keskittäminen silloin, kun ne eivät ole kiireellisiä on potilaan hoidon laadun kannalta paikallaan. Näihin toimenpiteisiin voi liittyä kohtalaisen pitkä oppimiskäyrä ja ne voivat vaatia erityistä instrumentaatiota. Yliopistosairaaloiden on syytä erikoisaloittain käydä läpi ja arvioida, mitkä leikkaukset ja toimenpiteet vaativat erityisosaamista ja erityisresursseja, jotta hyvä laatu ja potilasturvallisuus voidaan taata. Tavoitteena tulee olla potilaan etu saada parasta mahdollista hoitoa.

Pykälän 2 momentissa säädettäisiin tehtävistä, jotka on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Yliopistollisten sairaanhoitopiirien on sovittava ainakin tässä momentissa mainittujen seuraavien tehtävien kokoamisesta ja työnjaosta. Kyseessä on toimenpiteitä ja hoitoja, jotka ovat jo pitkälti keskittyneet kliiniseen käytännön tai aikaisemman asetuksen mukaisesti vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan.



Suu- ja leukakirurgisten hoitojen ja kudusrakenteiden korjaavan hoidon toteuttaminen vaativuuden perusteella

Halkiovauvoja syntyy nykyisin noin 120 vuodessa. Huuli-suulakihalkioiden primääri-leikkaukset tehdään nykyisin kahdessa keskuksessa, HUSUKE:ssa Helsingissä ja Oulun Halkiokeskuksessa. Sekundaarileikkaukset ja muu oheishoito voidaan tehdä potilaan oman kotipaikkakunnan lähellä erikoissairaanhoidona. Helsingin seudun yliopistollisen sairaalan tehtävänä on yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa sopia huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaisuhoitoon suunnittelusta ja primaarivaiheen leikkauksista. Erityisvastuualueet voivat tehdä yhteistoiminnasta sopimuksen palvelujen työnjaon toteuttamiseksi.

Monialaista osaamista vaativat ja erityisen vaativat suun ja leukojen alueiden syövät ja vammat, jotka edellyttävät suurta kudusrakenteiden korjaavaa hoitoa, esitetään keskittäväksi vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Elinsiirtopotilaiden suun sairauksien kokonaisvaltainen hoidon suunnittelu ja hoito edellyttää monialaista osaamista, joka on huomioitava myös lasten synnynnäisten sydänsairauksien ja hematologisten kantasolusiirtojen yhteydessä.

Leukanivelkirurgiassa avonivelkirurgia tukee oleellisesti myös leukanivelproteesileikkauksia, joiden lukumäärä on pieni koko Suomen tasolla. Nämä on järkevää keskittää Suomessa kolmeen yliopistosairaalaan, jotta lukumäärä kaikissa näissä voitaisiin pitää kohtuullisena ja laatu korkeana. Avonivelkirurgia tukee toisaalta myös traumatologiaa ja päinvastoin.

Laajojen kasvo - ja leukavammojen jälkitilat vaativat useiden hammas- ja lääketieteen alojen yhteistyötä ja monivaiheista rekonstruktiiivista hoitoa. Hoitoon liittyvät erityisesti kirurgian, protetiikan ja purentafysiologian, parodontologian ja endodontian erikoissalat.

Transseksuaalisten henkilöiden hoito

Nykyisessä valtioneuvoston asetuksessa erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (336/2011) säädetään transseksuaalisten henkilöiden hoidon keskittämisestä. Transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta säädetään siitä annetussa laissa (563/2002). Kyseisen lain nojalla annetussa Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksessa sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä ja lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten (1053/2002) säädetään lääketieteellisistä tutkimuksista ja hoidon järjestämisestä. Kyseisen asetuksen mukaan transseksuaalisten henkilöiden psykiatriset ja endokrinologiset tutkimukset ja hoito järjestetään Helsingin ja Tampereen yliopistollisissa keskussairaaloissa. Transseksuaalisten henkilöiden sukelinkirurgia, lukuun ottamatta kohdun ja munasarjojen poistoa on keskitetty Helsingin yliopistolliseen keskussairaalaan. Koska transseksuaalisten henkilöiden hoidon järjestämisestä on säädetty muussa lainsäädännössä, eikä sääntelyyn ole tarkoitus tehdä muutoksia, tässä asetuksessa ei ole enää tarpeen säätää asiasta.



Alkiodiagnostiikka

Pykälän 3 momentin mukaan Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tehtäväksi säädetäisiin tietyt tehtävät. Näitä olisivat alkiodiagnostiikka ja siihen liittyvä hoito, elinsiirrot, erittäin vaikeiden palovammojen primaarihoito, huuli- ja suulakihalkiopotilaiden kokonaishoidon suunnittelu sekä primaarivaiheen leikkaushoito yhteistyössä Oulun yliopistollisen sairaalan kanssa sekä lasten avosydänkirurgia ja vaikeiden synnäisten sydänvikojen kajoava hoito.

Nykyisessä valtioneuvoston asetuksessa erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä edellä mainitut tehtävät on säädetty Helsingin yliopistollisen keskussairaalan tehtäväksi, lukuun ottamatta alkiodiagnostiikkaa ja siihen liittyvää hoitoa. Alkiodiagnostiikalla tarkoitetaan geneettisen diagnoosin tekemistä koeputkihedelmöitys (IVF)- tai mikroinjektiohoidolla (ICSI) aikaan saadusta alkiosta. HUSissa toimii alkiodiagnostiikka -työryhmä johon kuuluu lapsettomuuslääkäri, IVF-biologi, perinnöllisyyslääkäri ja sairaalageneetikko. Väestöpohja huomioiden Suomessa tarvitaan vain yksi tällainen keskus diagnostiikan vaativuuden ja hoidon monialaisuuden vuoksi.

6§ Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito

Pykälän 1 momentin mukaan sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovietaan, tulee viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan koota vaativat leikkaukset ja toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa sekä menetelmät ja hoidot, jotka edellyttävät vaativaa osaamista tai voimavaroja.

Pykälän tarkoituksena on se, että erityisvastuualueella erikoissairaanhoidon järjestämissopimusta solmittaessa käydään läpi ne suhteellisen harvinaiset vaativat leikkaukset ja toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa ja joita ei ole muuten keskitetty valtakunnallisesti.

Toimenpideluokituksen toimenpidetyypin muuttujia on hyvin runsaasti, eikä niissä ole nykyisin luokiteltu erikseen erityisen vaativia toimenpiteitä. Yliopistosairaalat voivat erikoisaloittain käydä läpi ja arvioida, mitkä leikkaukset ja toimenpiteet vaativat erityisosaamista ja erityisresursseja, jotta hyvä laatu ja potilasturvallisuus voidaan taata. Tavoitteena tulee olla potilaan etu saada parasta mahdollista hoitoa. Arvioinnissa voitaneen käyttää esimerkiksi DRG- luokittelua ja/tai toimenpidekoodin rajaamista 3 tai 4 merkin tasolle HILMO- aineistosta. Arvioinnin tulee perustua erikoisalojen oman toiminnan hyvään tuntemukseen.

Pykälän 2 momentissa säädetään tarkemmin joistakin viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan koottavista tehtävistä. Nämä ovat pääsääntöisesti jo nyt keskittyneet yliopistosairaaloihin. Tyypillisiä tällaisia vaativia leikkaustoimenpiteitä ovat esimerkiksi harvinaisempien syöpien leikkaukset ja invasiivisen kardiologian vaativat ja suhteellisen harvoin tarvittavat toimenpiteet. Aortan tekoläpän asennukset katetriteitse edellyttävät kansainvälisen käytännön mukaan valmiutta avosydänkirurgiaan. Sydänkirurgiaa tehdään nykyisin vain yliopistollisissa sairaaloissa. Momentin luettelo perustuu esiselvityksiin ja erikoisalayhdis-



tyksiltä saatuihin näkemyksiin. Lääketieteen nopean kehityksen takia momentin sisältöä on syytä tarkastella muutaman vuoden välein yhdessä erityisvastuualueiden (tulevien yhteistyöalueiden) kanssa.

7 § Muu keskitettävä erikoissairaanhoito

Pykälässä säädettäisiin ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin koottavista tehtävistä ja niiden määrällisistä kriteereistä. Asetuksen lisäksi työnjaosta sovitaan terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa.

Tässä pykälässä säädetään alueellisesti keskitettävistä hoidoista ja toimenpiteistä, joissa leikkausten kokoaminen suurempiin yksiköihin tuottaa selkeästi parempaa laatua ja potilasturvallisuutta. Suuren volyymin toimenpiteissä on helpompi rakentaa sujuvia hoitoketjuja ja siten vähentää yksikkökustannuksia. Tällaisia leikkauksia voisivat olla esimerkiksi keinoivelleikkaukset ja yleiset mutta vaativat syöpäleikkaukset kuten rintasyövän leikkaushoito. Suuret volyymit usein johtavat selvitysten mukaan lyhempiin hoitoaikoihin ja standardihoitomallin noudattamiseen. Tätä kautta saavutetaan myös kustannustehokkuutta.

Pykälässä säädettäisiin terveydenhuoltolain 45 §:n 5 momentissa tarkoitettujen keskitettävien tutkimusten, toimenpiteiden ja hoitojen määrällisistä ja muista edellytyksistä, jotka tulee koota kriteerit täyttäviin ympärivuorokautista perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteispäivystystä ylläpitäviin sairaaloihin. Hoitojen ja toimenpiteiden kokoamisesta on sovittava terveydenhuoltolain 43 §:n järjestämissopimuksessa. Tällöin erityisvastuualue voi päättää niistä sairaaloista, joihin toimintoja keskitetään kunhan pykälässä asetetut kriteerit täyttyvät.

Tekonivelkirurgia ja muu ortopedinen toiminta

Asetukseen esitetään polven ja lonkan ensimmäisen tekonivelleikkauksen sairaalakoh- taiseksi alarajaksi vuosittain molempien kohdalla noin 300 leikkausta eli yhteensä 600 primääriä lonkan tai polven tekonivelleikkausta yhteensä. Vuonna 2015 näitä leikka- uksia tehtiin yhteensä 20.607 kappaletta (THL:n tarkistamaton tieto). Näistä leikkauk- sista tehtiin kunnallisissa julkisen sektorin sairaaloissa 19.399 kappaletta, jos Sairaala Coxan luvut yhdistetään Tampereen yliopistosairaalan lukuihin. Yksityissairaaloissa näitä leikkauksia tehtiin 1.208 kappaletta. Kuntaliiton tilaston mukaan vuonna 2016 sairaanhoitopiirit tekivät näitä leikkauksia 21.996 kappaletta, jossa kasvua edellistä vuodesta peräti 11,4 %.

Vuoden 2015 tilaston mukaan ainoastaan 10 sairaalaan ylitti 600 leikkauksen määrän. Terveydenhuoltolaki edellyttää kuitenkin, että pienet ns. aluesairaalat lopettavat tällai- sen leikkaustoiminnan, jolloin entistä useampi keskussairaala täyttää asetuksessa ase- tetun vähimmäislukumäärän sairaanhoitopiirin proteesileikkausten siirtyessä keskus- sairaaloihin. Samalla erityisvastuualueella on mahdollisuus ohjata leikkaustoimintaa niihin sairaaloihin, joihin se katsoo tarpeelliseksi keskittää keinoivelleikkauksia. Tä- ten on nähtävissä, että ilman erityisjärjestelyjä keinoivelleikkaukset voivat jatkua kaikissa terveydenhuoltolain mukaisessa 12 laajan päivystyksen sairaaloissa. Kuntalii-



ton tilaston mukaan leikkaustoiminta voisi jatkua myös esimerkiksi Kymenlaakson keskussairaalaossa, kun muun muassa Pohjois-Kymen sairaala lopettaa tekonivelleikkaukset. Samalla tavalla Vaasan keskussairaalan leikkausmäärä ylittyisi, jos Pietarsaaren keinonivelleikkaukset siirtyisivät Vaasaan. Pienten keskussairaaloiden kohdalla voi olla haasteellista ylittää 600 edellytetyn keinonivelleikkauksen rajaa. Tämä koskee Pohjois- ja Itä-Suomea pienimpiä keskussairaaloita, joiden väestömäärä on pieni. Aluesairaaloiden ja pienimpien keskussairaaloiden keinonivelleikkausten loppuminen voidaan arvioida vuositason muuttavan noin 4.000 potilaan leikkauspaikkaa nykytilanteeseen verrattuna.

Tekonivelkirurgia edellyttää usein huomattavia resursseja ja muiden erikoisalojen tukea. Mahdollisten komplikaatioiden hoito edellyttää laajoja päivystysvalmiuksia. Keskittäminen nykyistä harvempiin yksiköihin, joissa osaamisesta ja muista resursseista pystytään huolehtimaan paremmin ja kattavammin on edellytys hoidon laadun parantamiseksi. Laskelmat ovat osoittaneet, että pelkästään taloudellisesta näkökulmasta optimaalinen tekonivelleikkauksia tekevien yksiköiden määrä Suomessa olisi 7-10. Tällöin saavutettaisiin 16 % pienempi kustannus potilasta kohden nykyiseen järjestelmään nähden matkakustannukset huomioiden.

Tekonivelleikkausten keskittämistä puoltaa myös se, että suurten volyyymien keskuksissa kustannukset ovat todennäköisemmin leikkausta kohden alhaisemmat kuin pienen volyymin yksiköissä. Leikkauksien tekemiseen vaadittava instrumentaatio on kallista, ja teknisten apuvälineiden kehittyessä hinta jatkossa todennäköisesti vielä nousee. Varsinaista leikkausmäärää tärkeämpää näyttää kuitenkin olevan koko tekonivelpotilaan hoitamiseen osallistuvan tiimin ammattitaito ja potilaan toimiva hoitopolku. Tekonivelleikkauksia tulisi tehdä tämän perusteella vain yksiköissä, jotka ovat siihen erikoistuneet ja joissa on moniammatillista osaamista ja standardoidut prosessit.

Tekonivelkirurgiaa tekevän yksikön vuodeosastolla on oltava mahdollisuus eristää infektiopotilaat muista tekonivelpotilaista. Leikkaussalin tulee olla ortopediseen kirurgiaan soveltuva ja varusteltu. Jokaisessa yksikössä, jossa suoritetaan tekonivelleikkauksia, tulee myös olla valmius välittömien kirurgisten komplikaatioiden hoitoon. Osastolla oloaikana syntyvien ongelmien vuoksi yksikössä on oltava sisätautien, geriatrian, infektiotautien, gastroenterologisen kirurgian ja psykiatrian konsultaatiomahdollisuudet. Osastolta on oltava mahdollisuus kivun hoidon konsultaatioon ja yksikössä pitää olla valmius välittömien postoperatiivisten infektioiden hoitoon. Yksikössä tulee olla mahdollisuus kuvantamiseen sekä osaamista ja välitön valmius akuuttien kriisien (esimerkiksi sydäninfarktin) hoitamiseen. Potilaan tulee olla saattaen siirrettävissä riittävän ripeästi yksikköön, jossa on tehostetun hoidon valmius.

Uusintatekonivelleikkauksissa uudet materiaalit mahdollistavat entistä paremmat toiminnalliset tulokset. Uudet materiaalit ovat aiempaa kalliimpia ja edellyttävät uutta osaamista. Uusintaleikkauksissa tarvittavat toimenpiteet eivät aina ole ennalta arvattavissa. Siksi osa kiireettömistä uusintatekonivelleikkauksista tulisi keskittää vain niihin keskuksiin, jossa on välineistö ja osaaminen harvinaistenkin tilojen hoitamiseksi. Tämä tarkoittaa lonkan uusinta-tekonivelleikkauksia, joissa on laajat luunkorvikkeita vaativia luun puutoksia ja laajoja pehmytkudosten puutoksia.

Myös selkäkirurgiassa toiminnan keskittämisellä olisi saatavissa merkittävät taloudelliset ja laadulliset hyödyt. Olkapää-, polvi-, nilkka- ja jalkaterä- sekä käsikirurgiassa



toiminnan keskittämisen edut on ennen kaikkea laadulliset. Ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen edellyttää sekä leikkaavalta lääkäriltä että koko hoitoketjuun osallistuvalla henkilöstöltä tiettyä kriittistä massaa. Asetuksen 7§:ssä esitetään, että olkapään tekonivelkirurgian kohdalla vähintään noin 40 ensiasennusta vuodessa.

Selkäpotilaan hoidossa varsinaisen leikkaustoiminnan osuus on vähäinen. Suurin osa potilaista hoidetaan konservatiivisesti ja konservatiivinen hoito toteutetaan usein fyysiatrien tai perusterveydenhuollon toimesta. Selkäpotilaan tilan arvioiminen, hoitomenetelmän valinta ja seuranta vaatii merkittävää osaamista ja runsasta resurssia. Operatiivinen hoito on moniammattillista, Vuonna 2015 Suomessa leikattiin >10 selkätoimenpidettä 54 sairaalassa (16 yksityistä yksikköä). Välilevypullistuminen leikkausmäärien voimakas lasku 1990-luvulta lähtien on taantunut ja viime vuosina näitä toimenpiteitä on tehty vuositasolla tasaisesti 20 % kaikista toimenpiteistä (yliopistosairaala). Luudutusleikkauksien määrä on kasvanut, kuten myös avarrusleikkausten määrä. Luudutusleikkauksien indikaatiot tulevat mitä todennäköisimmin tiukentumaan uusien satunnaistettujen tutkimustulosten vuoksi. Selkäpotilaiden uudet hoitomenetelmät ja tekniikat vaativat systemaattisen ja analyysoivan käyttöönoton, jossa on huomioitava myös hoidon vaikuttavuus, ennen toiminnan laajentamista yleiseen käyttöön. Uusia menetelmiä ei tule ottaa käyttöön ennen kuin niiden turvallisuus ja kustannushyöty on pystytty osoittamaan. Asetuksessa edellytetään selkäleikkauksia tekevältä yksiköltä vähintään noin 150 leikkausta vuodessa.

Syöpäkirurgia

Lääketieteellisen teknologian ja tietotaidon kehittyessä erityisesti syöpätautien diagnostiikka- ja hoitomenetelmät ovat muuttuneet nopeasti. Seulontamenetelmien ja potilaskohtaisesti räätälöityjen yhdistelmähoitojen ansioista monien syöpäsairauksien tulokset ovat parantuneet viime vuosikymmenen aikana. Nykyisen kaltaisella syöpäkirurgian järjestämismallilla ei kyetä enää takaamaan kaikille potilaille yhdenvertaista syöpäkirurgian saatavuutta ja tarjolla olevia hoitomahdollisuuksia. Tämä on mahdollista kokoamalla osaamista nykyistä suurempiin yksiköihin ja sopimalla sairaaloiden välisestä työnjaosta.

”Kirurgia Suomessa 2020-luvulla”-raportin liitteinä olevista operatiivisten erikoisalojen lausunnoista käy selkeästi ilmi asiantuntijoiden näkemys syöpäkirurgian keskittämistarpeesta. Lausunnoissa korostettiin erityisesti kirurgi- ja sairaalakohtaisten volyymien merkitystä syöpäkirurgian laadun, potilasturvallisuuden ja syövän hoidon tulosten näkökulmasta. Lääketieteellisesti olisi täysin perusteltua keskittää sellaiset syöpäleikkaukset, joiden vuotuinen leikkausvolyymi Suomessa jää alle sadan vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan. Kaikkiin viiteen yliopistosairaalaan hajautettuna leikkausmäärät jäävät kansainvälisesti tarkastellen varsin pieniksi.

Lukuisissa tutkimuksissa osoitettu, että syöpäkirurgian keskittäminen johtaa potilaan kannalta parempaan leikkaustulokseen ja ennusteeseen. Syöpäkirurgian jatkamisella keskussairaaloissa on toisaalta merkitystä sairaaloiden päivystysvalmiuden ja päivääkaisen kirurgisen toimintaprofiilin kannalta. Kaikissa niissä keskussairaaloissa, joissa on synnytystoimintaa, tulee säilyä myös erikoissairaanhoidon synnytystoimintaa tukeva ympäri vuorokautinen päivystysvalmius. Synnytysairaaloissa tulee olla gynekologian ja lastenlääkäripäivystyksen lisäksi sekä anestesia- ja tehohoidon että pehmytkudoskirurgian päivystysvalmius. Yhden päivystysrenkaan ylläpito vaatii vähintään 8-10



lääkärin virkapohjan ja heille riittävästi päiväaikaista toimintaa ja potilaita. Pehmytkudoskirurgisesta päivystysvalmiudesta vastaavat vatsaelinkirurgit, urologit ja verisuonikirurgit. Heidän osaamistaan voidaan tarvita yllättävissä synnytyksen komplikaatioiden hoidossa. Tämän takia päivystysvalmiuden ylläpito edellyttää riittävästi pehmytosakirurgista toimintaa päiväsaikaan sairaalassa, jotta toiminta voisi olla tehokasta. Samalla on arvioitava, kuinka paljon syöpäkirurgiaa voidaan keskittää, sillä ne muodostavat osan pehmytosakirurgin työstä.

Uusia rintasyöpätapauksia vuonna 2014 todettiin 5.033 kappaletta Suomen syöpärekisterin mukaan. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen HILMO-tilaston mukaan rintasyöpäleikkauksia tehtiin 5.079. Asetuksessa esitetään, että rintasyöpäleikkaukset keskitettäisiin sairaaloihin, joissa leikataan yli 150 primääriä rintasyöpäleikkausta vuodessa. THL:n tilastojen mukaan rintasyöpää vuonna 2014 leikattiin 35:ssä sairaalassa. Rintasyövän leikkaushoidon osalta plastiikkakirurgit ja rintasyöpäkirurgit ovat esittämissään kannanotoissa edellyttäneet 150 leikkauksen minimirajaa, joka on eurooppalaiseen suositukseen kirjattu vahvasti. Hoidon suunnitteluun liittyy kuvantamisen, patologian ja laboratoriotoinnin laaja osaaminen muun muassa etsittäessä parasta syöpälääkehoitoa muun muassa geeni- ja syöpäsolun reseptoritutkimusten takia. Hoito kehittyy hyvin nopeasti, joten tarvitaan taustalle myös perusteilla olevan Kansallisen syöpäkeskuksen kokoamaa kliinisen tutkimuksen antamaa tietoa.

Vuonna 2014 löydettiin Suomen Syöpärekisterin mukaan 4.596 uutta eturauhasen syöpää. Hoidossa on käytössä useita vaihtoehtoja. Vuonna 2014 tehtiin HILMO-tiedostojen perusteella 1.260 eturauhassyöpäleikkausta. Näistä 75 % tehtiin neljässä yliopistosairaalassa. Loput 25 % leikkauksista tehtiin 22 muussa sairaalassa. Kaikki nämä leikkaavat sairaalat olivat julkisen sektorin sairaaloita. Täten eturauhassyövän radikaalit syöpäleikkaukset ovat tällä hetkellä varsin hyvin keskittyneet. On kuitenkin nähtävissä, että halvempi uusi tähyystekniikka voi johtaa siihen, että leikkauksia siirryy suurempiin ei-yliopistollisiin sairaaloihin.

Paksusuolen syövän hoidossa leikkaushoidolla on keskeinen merkitys. Uusien tapauksien määrä on lisääntymässä. Vuonna 2014 Suomen Syöpärekisterin mukaan uusia paksusuolisyöpiä diagnosoitiin 1.964 kappaletta. Vuonna 2014 oli HILMO-rekisterin mukaan erilaisia toimenpiteellisiä hoitajaksoja paksu- ja peräsuolisyöpää sairastavilla potilailla 2.397 hoitajaksoa. Toimenpiteellisiä hoitajaksoja oli 36:ssa sairaalassa, mutta suurin osa keskittyi yliopistosairaaloihin ja suurempiin yli 70 toimenpidettä vuosittain suorittaviin sairaaloihin. Nämä suorittivat toimenpiteistä 76 %.

Syövän hoidossa on käytännössä jouduttu tilanteeseen, jossa on jouduttu arvottamaan sitä, päästäänkö potilaan kannalta parhaaseen hoidon tulokseen suurehköllä leikkaavien sairaaloiden määrällä, kun samanaikaisesti joudutaan ylläpitämään synnytyssairaaloiden pehmytosakirurgista päivystystä. Pehmytosakirurginen päivystys edellyttää sairaalassa riittävää päiväaikaista toimintaa, jotta sairaalan tehokkuus ja taloudellisuus ei liikaa kärsi. Näistä syistä asetuksen tämän pykälän toimeenpano edellyttää erityisvastuualuekohtaista suunnittelua, sopimista ja toteutuneen toiminnan seuranta.



8 § Seuranta

Sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, esittävät kahdesti vuodessa sosiaali- ja terveysministeriölle selvityksen, miten valtakunnallinen ja alueellinen kokonaisuuksien suunnittelu ja yhteen sovittaminen, tavoitellut taloudelliset vaikutukset. Sairaanhoitopiirit selvittävät kahdesti vuodessa erikoissairaanhoidon työnjaon ja keskitämisen etenemistä. Sairaanhoitopiirit esittävät selvityksen siitä, miten erikoissairaanhoidon säästötavoitteet ovat näiden toimenpiteiden johdosta toteutuneet.

Kaikista nimiketasolla keskitettävistä toimenpiteistä ja hoidoista valmistellaan yhtenäiset hoidon perusteet vuoden 2017 loppuun mennessä. Sairaanhoitopiirien tulee selvityksissään kuvata, miten sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin on sairaanhoitopiirin alueella toteutunut.

Selvitystä varten sairaanhoitopiirit, joissa on yliopistollinen sairaala, laativat yhdessä perustellun kuvauksen työnjaostaan ja valtakunnallisesti keskitetyistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista sekä ylläpitävät ja päivittävät sitä. Erityisvastuualueen sairaanhoitopiirit laativat yhdessä vastaavat kuvaukset työnjaostaan ja alueellisesti keskitettävistä tutkimuksista, toimenpiteistä ja hoidoista sekä ylläpitävät ja päivittävät niitä.

Asetuksen toimeenpanon varmistamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö selvittää päivityksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistusta koskevan lainsäädännön toimeenpanon tilanteen syksyllä 2017 ja ministeriön on tarkoitus asettaa alueelliset selvittäjät tehostamaan uudistuksen toimeenpanoa. Sairaanhoitopiirien on laadittava selvitys ensimmäisen kerran ja toimitettava sosiaali- ja terveysministeriöön 31 päivään lokakuuta 2017 mennessä.

Selvitykset on päivitettävä kahdesti vuodessa ja toimitettava sosiaali- ja terveysministeriöön huhtikuun ja lokakuun loppuun mennessä.

Suurin osa erikoissairaanhoidon keskittämisen säästöä arvioidaan tulevan hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardoinnista sekä hoitajaksojen keston lyhenemisestä sekä vuodeosastohoidon vähenemisestä. Keskeinen työkalu näihin kaikkiin on sairaalaverkon tiivistäminen ja sairaaloiden toiminnallinen profilointi, joka toteutetaan päivystys- ja keskittämisuudistuksen yhdistelmällä. Valtio ohjaa tätä isoa muutosta säädösohjauksen kokonaisuudella ja sääntelyarkkitehtuurilla, jossa eri säädöksillä toimintaa ohjataan kustannustehokkaaseen suuntaan.

Valvontaviranomainen valvoo toiminnan lainmukaisuutta, potilasturvallisuutta ja hoidon saatavuutta. Valvonta, määräykset ja pakkokeinot ja informaatio-ohjaus ohjaavat tuotantoa. Vahva ohjauskeino on valtiosuuksiin tehdyt leikkaukset, jotka muuhun ohjaukseen yhdistettynä ohjaavat säästöt erikoissairaanhoidon. Toimintojen tiivistäminen ja keskittäminen on toteutettava tavalla, joka ei johda potilaiden hoitamatta jättämiseen. Asetuksen voimaantulo antaa perusteen ennakoivalle, ohjelmaperusteiselle valvonnalle.

Tieteelliseen näyttöön perustuvat suositukset muodostavat vahvan tosiasiallisen terveydenhuollon ohjausvälineen, jolla voidaan ohjata ja yhtenäistää toimintakäytäntöjä. Tätä tuetaan laatua (mukaan lukien potilasturvallisuus), vaikuttavuutta ja kustannuksia koskevan vertailutiedon julkistamisella.



Asetuksella keskitettävistä erikoissairaanhoidon nimikkeistä laaditaan yhtenäiset hoidon perusteet. Tämä tarve korostuu erityisesti operatiivisessa toiminnassa. Perusteissa tullaan tarkentamaan asetuksella keskitettävien isojen toimenpideryhmien kriteereitä, jotta toimenpiteet tehdään samoilla lääketieteellisillä perusteilla (esim. proteesileikkaukset). Kalliiden hoitomenetelmien kansallisella arvioinnilla, käyttöönoton täsmällisellä ohjauksella ja menetelmien käytöstä luopumisella ohjataan ja yhtenäistetään palveluiden sisältöä. Palveluvalikoimaneuvoston suosituksilla ohjataan sitä, kuuluko tietty hoito tai tutkimus kansalliseen palveluvalikoimaan. Esimerkiksi tuoreen suosituksen mukaan polvikuluman tähytyskirurginen hoito ei kuulu Suomen julkisesti rahoitettuun terveydenhuollon palveluvalikoimaan. Näiden laskennalliset julkisesti rahoitetut suorat vuosikustannukset olivat noin 23,5 miljoonaa euroa. Vanhentuneista menetelmistä luopumista edistetään terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvoston suosituksilla sekä Käypä hoito -organisaation Vältä viisaasti -suosituksilla, jotka kokoavat uusinta tieteellistä näyttöä vanhentuneista käytännöistä luopumisen tueksi.

9 § Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2018. Asetuksen 7 §:ä on sovellettava viimeistään 1 päivästä heinäkuuta 2018. Asetuksen 8 §:n 3 momenttia on sovellettava 31 päivästä lokakuuta 2017.

Tällä asetuksella kumotaan valtioneuvoston asetus erityistason sairaanhoidon järjestämisestä ja keskittämisestä (336/2011).

3 Asetuksen vaikutukset

Taloudelliset vaikutukset

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen taloudelliset vaikutukset ovat kokonaisuus, joka toteutetaan terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain muutoksilla sekä niiden nojalla annetuilla asetuksilla erikoissairaanhoidon työnjaosta ja keskittämisestä, päivystyksestä ja kiireellisestä hoidosta, ensihoitopalvelusta sekä sosiaalipäivystyksestä ja sosiaalipalvelujen kokoamisesta. Erikoissairaanhoidon säästöjen toimeenpanon keskeinen työkalu on sairaalaverkon tiivistäminen ja sairaaloiden toiminnallinen profilointi, joka toteutetaan päivystysuudistuksen ja keskittämisuudistuksen yhdistelmällä.

Syksyllä 2016 hyväksytyjen päätösten arvioidaan vähentävän kuntien kustannuksia vuoteen 2020 mennessä seuraavasti (vos-% vuoden 2017 talousarvion mukainen 25,23):

1 000 €	2016	2017	2018	2019	2020
Kuntien kustannukset	-50 000	-50 000	-175 000	-260 000	-350 000
Valtionosuus	-12 860	-12 860	-44 153	-65 598	-88 305



Yhteenveto kustannusvaikutuksista kuntien järjestämisvastuulla oleviin palveluihin:

	<i>Vuonna 2020</i>
<i>1. Terveydenhuollon päivystystoiminnan uudistus</i>	<i>-35 milj. euroa</i>
<i>2. Perustason kiireellinen viikonloppu- ja iltavastaanotto</i>	<i>+5 milj. euroa</i>
<i>3. Erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon väheneminen</i>	<i>-100 milj. euroa</i>
<i>4. Hoitokäytäntöjen ja toimintaprosessien standardointi sekä hoitajaksojen keston lyheneminen</i>	<i>-185 milj. euroa</i>
<i>5. Ensihoidon uudistaminen</i>	<i>-5 milj. euroa</i>
<i>6. Sosiaalipäivystyksen uudistaminen</i>	<i>0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)</i>
<i>7. Vanhentuneista menetelmistä luopuminen ja uuden teknologian hallittu käyttöönotto sosiaali- ja terveydenhuollossa</i>	<i>-30 milj. euroa</i>
<i>8. Vaikutukset matkakustannuksiin</i>	<i>0 euroa (säästöt ja lisäkustannukset yhtä suuret)</i>
<i>Yhteensä</i>	<i>-350 milj. euroa</i>

Suomen kirurginen ja operatiivinen toiminta on hajautunutta. Palvelutuotanto perustuu pitkälti siihen, että yksiköt kuten keskussairaalat tekevät lähes kaikkia mahdollisia toimenpiteitä pyrkiessään vastaamaan alueensa väestön tarpeisiin. Hajautunut toiminta aiheuttaa pieniä toimenpidekohtaisia volyymeja sairaalaa kohden. Tällöin riski tuottavuuden, laadun ja vaikuttavuuden vaihteluista kasvaa. Leikkaustoiminnan kustannukset olivat vuonna 2014 noin 2,5 miljardia euroa, minkä lisäksi leikkaustoimintaan liittyvän perusterveydenhuollon osuus oli noin 0,7 miljardia euroa. Erikoissairaanhoidon osalta kustannukset jakautuvat karkeasti noin 20 % poliklinikalle, 40 - 50 % vuodeosastolle ja 30 - 40 % leikkausyksiköihin. Kirurgian erikoisalan hoitopäiviä oli Suomessa noin 986 975 vuonna 2015.

Useissa tutkimuksissa on havaittu, että operatiivisessa toiminnassa sairaalan ja kirurgin toimenpidekohtaisella volyyymilla on merkitystä paitsi tuottavuuden, myös vaikuttavuuden, laadun ja kustannusten kannalta. Korkean toimenpidevolyymin yksiköissä toiminta standardoituu parhaiden käytäntöjen mukaiseksi ja leikkausindikaatiot yhtenäistyvät. Hoidon tarpeen arvioissa ja hoitomenetelmien valinnassa suuren toimenpidevolyymin yksiköissä on laajempi osaaminen ajantasaisen tutkimustiedon soveltamiseen ja toisaalta yhtenäisten hoitokäytäntöjen sopimiseen ja valvontaan. Tämä edesauttaa vaikuttavien hoitomuotojen valinnassa ja laadunvalvonnassa ja siten parantaa toiminnan laatua ja vaikuttavuutta, jolloin komplikaatioiden hoidon kustannukset pienenevät. Esimerkiksi tekoniivelkirurgiassa suuren volyymin yksiköissä on havaittu noin 20 % korkeampi tuottavuus kuin pienempien volyymien yksiköissä.

Monet aiemmin runsaslukuisesti tehdyt tuki- ja liikuntaelinten toimenpiteet ovat osoittautuneet vaikuttavuudeltaan heikoiksi ja siksi tuki- ja liikuntaelinten (tules) kirurgian määrät erityisesti polvi- ja olkapääkirurgian osalta ovat viime vuosina selvästi laskeneet. Uudistu tehostaa osaamisen kokoamisen kautta vanhentuneista menetelmistä luopumista ja uuden teknologian hallittua käyttöönottoa erityisesti erikois-



sairaanhoidossa. Esimerkiksi polvikuluman tähytyskirurgisten toimenpiteiden on arvioitu aiheuttavan 22,6 miljoonan euron suorat kustannukset vuosittain. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen palveluvalikoimaneuvoston helmikuussa 2017 antaman suosituksen mukaan polvikuluman hoito tähytyskirurgisin toimenpitein ei kuulu Suomen terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkisesti rahoitettuun palveluvalikoimaan. Osaamisen kokoamisen kautta uusi tieto siirtyy nopeammin käytäntöön ja hoitotavat yhtenäistyvät. Erikoissairaanhoidon kustannusten nousun hillitsemiseksi on tärkeää, että nykyiset alueelliset erot hoitokäytännöissä poistuvat otettaessa käyttöön parhaat käytänteet. Siten voidaan hoidon vaikuttavuutta parantaa ja saavuttaa kustannussäästöjä.

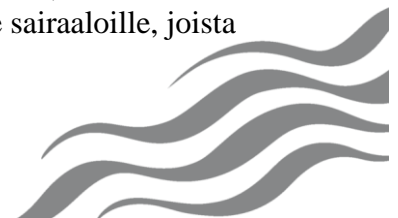
Tekonivelkirurgian osalta Perfect- ja THL:n tuottavuusaineiston perusteella suuret yksiköt ovat noin 16 % tehokkaampia kuin pienet yksiköt, potilaat kotiutuvat nopeammin ja esimerkiksi uusintaleikkauksia on vähemmän. Monissa muissa kiireettömissä toimenpideryhmissä on havaittavissa samansuuntaisia tuloksia. Suurimmat säästöt on saavutettavissa vuodeosastohoidossa. THL:n aineistojen perusteella kiireettömät toimenpiteelliset vuodeosastojaksot ovat suuren toimenpidevolyymin yksiköissä noin 15 - 20 % lyhyempiä kuin keskimäärin. Uudistus tuo suoria kustannussäästöjä hoitajaksojen keston lyhenemisen kautta sekä toiminnan tehostumisen kautta erityisesti kirurgisessa toiminnassa, kun leikkaussaliprosessit nopeutuvat ja leikkaustiimien käyttöaste kasvaa. Mikäli sairaaloiden hoitoketjut ja -prosessit toimisivat kokonaisuudessaan parhaiden käytäntöjen mukaisesti, voidaan säästää yli 200 miljoonaa euroa vuodeosastohoidon osalta vuositasolla. Tämä kohdentuisi valtaosin erikoissairaanhoitoon, mutta pitkien hoitoketjujen osalta osittain myös perusterveydenhuollon vuodeosastoille.

Laadullisiin ja taloudellisiin selvityksiin tulee suhtautua kriittisesti, mutta näyttö uudistuksesta mahdollisesti saatavista eduista on kuitenkin samansuuntainen ja vahva. Leikkaustoimintaa on suunniteltava päivystyskirurgian ja vuodeosastohoitoa vaativan kirurgian näkökulmasta. Nykyisin useassa yksikössä päivystysaikaiset ja päiväaikaiset leikkaus/potilasmäärät jäävät pieniksi eikä siten kokemusta hoitotiimille kehity riittävästi.

Uudistus tuo suoria kustannussäästöjä vuodeosastohoidon vähenemisen kautta. Uudistuksen myötä nykyisten sairaaloiden toiminta muuttuu. Muutos koskee niin yliopistosairaaloita kuin pieniä keskussairaaloita. Toimintojen kokoaminen ei johda sairaaloiden sulkemiseen mutta niiden toiminnan muuttumiseen. Sen sijaan osassa sairaaloista on suljettava kokonaisia osastoja kustannushyötyjen aikaansaamiseksi.

Kaikkiaan kustannusvaikutukset syntyvät lähes kokonaan vähenevästä henkilöstötarpeesta ja pienenevistä henkilöstökustannuksista. Samaan aikaan väestö ikääntyy ja hoidon ja hoivan tarve väestössä kasvaa. Osaamisen kokoamisen kautta erikoissairaanhoidon vapautuvilla voimavaroilla voidaan vastata tähän kasvavaan tarpeeseen tarkoituksenmukaisella tavalla. Erikoissairaanhoidon kustannusten väheneminen tapahtuu pääosin keskittämisestä saatavien tehokkuushyötyjen kautta. Hoidon laadun paraneminen ja potilasvahinkojen väheneminen pitkällä aikavälillä merkitsee muun muassa pienempiä potilasvahinkovastuita ja sekä tuottajalle että asiakkaalle koituneita lisäkustannuksia.

Muutokset ajoittuvat samanaikaisesti sote- uudistuksen kanssa siten, että tarvittaessa voidaan suunnitella tarkoituksenmukainen toimintaprofiili niille sairaaloille, joista



siirtyä toimintoja pois. Vuodeosastokapasiteetin vähentäminen on kuitenkin välttämätön edellytys sille, että tavoitteeksi asetetut säästöt saavutetaan. Tämä edellyttää vahvaa muutosjohtamista sairaaloissa toimintaa lisäävissä ja toimintaa vähentävissä sairaaloissa.

Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Operatiivisten erikoisalojen järjestäminen ja sairaaloiden työnjako ei ole Suomessa nykyisin toteutettu tarkoituksenmukaisella tavalla. Terveystieteiden edellyttää yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien kuntayhtymien sopimaan erikoissairaanhoidon yhteen sovittamiseksi järjestämissopimuksessa työnjaosta ja toiminnan yhteen sovittamisesta. Sairaalamuutoksia ei ole kuitenkaan kyetty kehittämään lääketieteen erikoisaloilla tapahtuneen kehityksen mukana. Sairaalamuutoksen ja osaamisen pirstaleisuus, pienet alueelliset väestöpohjat ja kirurgisten erikoisalojen vaihteleva saatavuus eivät ole otollinen lähtökohta riittävän monipuolisen kirurgisen erikoissairaanhoidon järjestämiselle. Nykyaikaisia hoitoja ei ole kyetty tarjoamaan tasapuolisesti koko väestölle.

Viime vuosina esimerkiksi eräitä syöpäleikkauksia on tehty 30–40 eri sairaalassa. Vaativaan syöpäkirurgiaan liittyy aina leikkauksenjälkeisten komplikaatioiden uhka. Hengenvaaralliset verenvuodot tai rekonstruktioihin viittaavat komplikaatiot täytyy kyetä tunnistamaan nopeasti ja tekemään tarvittavat uusintaleikkaukset riittävällä asiantuntemuksella vuorokauden ajasta riippumatta. Vain osassa leikkaavista sairaaloista on tähän tarvittavat edellytykset.

Hoidon ja osaamisen kokoamisessa tulisi tehdä yhteistyössä eri toimijoiden kesken. Kansallisesti ja ERVA- alueilla (yo-sairaala) on jollakin taholla oltava mahdollisuus todelliseen toiminnan ohjaamiseen ja organisoimiseen, johon liittyy myös vastuu toimintaedellytysten luomisesta alueen sairaaloissa. Tämä edellyttää mahdollisuutta ja vastuuta ohjata toimintaa ja resursseja sinne missä se on osaamisen ja talouden kannalta mielekästä, huomioiden henkilöstön, tilat ja välineistön. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että ERVA- alueella on yliopistosairaalan johdolla päätettävä, mitkä yksiköt varustetaan ja resursoidaan esimerkiksi tekonivelkirurgiaa ja /tai selkäkirurgiaa tekeviksi yksiköiksi ja, joihin silloin myös osoitetaan riittävät potilasmäärät laadullisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Erikoissairaanhoidon työnjakoa selventävä asetus edellyttää paikallista ja alueellista suunnittelua, jotta tarvittava laadukas hoito voidaan tarjota kaikille. Samalla se parantaa edellytyksiä työnjaon kehittämiseen.

Vaikutukset kuntalaisiin

Sosiaali- ja terveystieteiden palvelujen tarpeet lisääntyvät ikääntymisen takia selvästi väestönkasvua enemmän, sillä vanhemmissa ikäluokissa palvelujen käyttö on moninkertaista nuorempiin ja keksi-ikäisiin ikäluokkiin verrattuna. Sairaalamuutoksen karsiminen ja hoitojen keskittäminen pidentää erikoissairaanhoidon matkoja etenkin tietyissä maakunnissa. Palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää sekä palveluiden järjestämisen ja tuotannon uutta organisoimista. Palvelujen saavutettavuudella on suuri merkitys hoi-



toon pääsyn näkökulmasta kiireellisissä tapauksissa. Kiireettömissä tapauksissa palvelujen keskittämisellä saavutetaan etuja hoitotasossa ja tuottavuudessa, mutta pitemmät matkat kasvattavat yhteiskunnan ja potilaiden maksamia matkakustannuksia.

Keskitettyjä palveluita tarvitaan hyvin harvoin, usein vain kerran elämässä. Täten niiden merkitys matkakustannusten näkökulmasta on pieni. Usein kiireettömään hoidon osalta hoitopaikkaan matkustetaan yleisellä kulkuneuvolla, joten matkakustannus potilaalle ja yhteiskunnalle on suhteellisen pieni. Tällöin matkan ja matkakustannusten merkitys pienenee, jos vastapainona saadaan vaikuttavaa ja laadukasta hoitoa. Terveystieteiden lakia antaa kansalaiselle kiireettömässä hoidossa vapauden valita hoitopaikkansa. Koska vain kaikkein vaativimpia hoitoja keskitetään yhteen sairaalaan, on potilaalla mahdollisuus valita hoitopaikka useasta vaihtoehdosta. Tällöin hän voi huomioida valinnassa omat tarpeensa ja esimerkiksi sairaalan tarjoamat kielelliset palvelut.

Vuonna 2015 potilasvakuutuskeskukselle tehtiin 8 834 potilasvahinkoilmoitusta eli noin 5 % edellisvuotta enemmän. Käsitellyistä tapauksista vajaa kolmannes johti korvausten maksamiseen. Vuonna 2016 maksetut korvaukset olivat yhteensä 40,9 miljoonaa euroa mukaan lukien korvaustoiminnan hoitokulut. Vahinkoilmoitusten määrä on viime vuosina ollut kasvussa. Yleisimmin korvauksia maksettiin tuki- ja liikuntaelinten leikkaustoimenpiteistä. Eniten korvattiin lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa sattuneita vahinkoja, jotka ovat olleet useina vuosina vahinkotilastojen kärjessä. Yleisimmät korvatut potilasvahingot ovat (1) lonkan, (2) polven tekonivelleikkaukset ja (3) selkäytimen ja hermojuuren vapautus rappeuman yhteydessä, (4) nilkan ja jalkaterän nivelien muovaus (5) selkärangan luudutusleikkaukset ja vastaavat vuosien 2014 - 2016 aikana. Tekonivelleikkaukset ovatkin yksi yleisimmistä leikkaustoimenpiteistä. Tämän takia tekonivelleikkausten laadun kehittäminen onkin keskeinen haaste. Asetuksella pyritään kokoamaan juuri näiden eniten potilasvahinkojen hoidon osaamista suurempiin sairaaloihin.

Suomessa ortopedian ja traumatologian leikkaustoiminta on levinnyt hyvin laajalle sekä yksityisen että julkisen toimijan osalta. Väestön ikääntyminen, tuki- ja liikuntaelinkirurgian tarpeen lisääntyminen sekä ortopedian ja traumatologian eriytyminen omaksi erikoisalukseksi kirurgiasta ovat johtaneet ortopedian ja traumatologian toimenpidetarpeen ja sitä kautta erikoislääkäreiden määrän huomattavaan kasvuun sekä kansallisesti että kansainvälisesti kahden viime vuosikymmenen aikana. Toiminnan laajeneminen on valitettavasti johtanut toisistaan poikkeaviin hoitokäytäntöihin ja merkittäviin alueellisiin eroihin hoidon saatavuudessa, mutta myös sen toteutuksessa. Tuki- ja liikuntaelinkirurgian toimenpidemäärissä on huomattavia alueellisia eroja, jotka eivät ole selitettävissä väestön ikä- tai sairastavuuseroilla. Leikkausmäärien lisäksi hoitokäytännöt kokonaisuudessaan poikkeavat toisistaan alueellisesti. Osaaminen kokoaminen mahdollistaa helpommin kansalliset yhtenäiset parhaat hoitokäytännöt.

Tekonivel- ja selkäkirurgia ovat esimerkkejä toiminnasta, joilla on merkittävä kustannusvaikutus niiden suurten määrien vuoksi. Suomessa lonkan ja polven ensitekonivelleikkauksiin liittyvien potilasvahinkojen tyypit ovat hyvin samanlaisia. Noin 75 % vahingoista on vältettävissä olevia leikkausteknisiä virheitä, 20 % odottamattomia infektioita ja 5 % vahingoista liittyy hoitoon tai hoitopäätöksiin ennen ja jälkeen leikkauksen. Leikkausmäärällä on merkitystä myös esitettyihin korvausvaati-



muksiin ja korvauksiin. Suomessa keskuksissa, joissa tehdään yli 300 lonkan tai polven tekonivelleikkausta vuodessa, potilasvahinkohakemusten ja korvausten määrä on vähäisempi kuin vähemmän leikkauksia tekevissä yksiköissä. Myös sairaalassaoloaika on lyhyempi suuren volyymin yksiköissä. Kansainvälisesti on myös osoitettu, että leikkaavan ortopedin vuosittaisten toimenpiteiden määrän kasvaessa, komplikaatioiden määrä vähenee ja uusintaleikkausten tarve pienenee. Alle 35 vuositiaista lonkan keinonivelleikkausta tekevän kirurgin potilasta uusintaleikkaukseen joutuu lähes 50 % enemmän potilaita. Kirurgin vuosittaisen leikkausmäärän kasvaessa komplikaatioiden ja uusintaleikkausten tarve vähenee leikkausmäärän kasvaessa.

Suomen Artroplastiayhdistyksen vuonna 2014 laatimassa Hyvä hoito-suosituksessa esitetään, että laadun turvaamiseksi tekonivelleikkauksia tekevän erikoislääkärin tulisi tehdä vähintään 100 tekonivelleikkausta vuodessa. Tavoiteltavana tasona voidaan pitää yli 200 leikkauksen suorittamista. Yksikössä pitäisi olla vähintään kolme tekonivelleikkauksiin keskittyntä erikoislääkärinä, ja siellä tulisi tehdä vuosittain vähintään 500 leikkausta. Suomessa tekonivelleikkauksia suorittavista sairaaloista suurin osa ei yllä näihin vaatimuksiin. Potilasvakuutusyhdistyksen tilasto osoittavat potilasvahinkojen olevan alhaisimpia, jos sairaalassa tehdään vuosittain vähintään 400 lonkan keinonivelen ensiasennusta.

Selkärangan kirurgiaan liittyy merkittävä komplikaatoriski. Lisäksi rankakirurgiassa on edelleen suuri tarve yhtenäistää hoitokäytäntöjä. Selkäsairauksien kirurgisen hoidon sekä kirurgisen ja konservatiivisen hoidon jakautumisessa on Suomessa alueellisesti suuria eroja. Välilevytyrä- ja stenoosileikkausten määrissä väestöön suhteutettuna on merkittäviä alueellisia eroja, jotka eivät ole selitettävissä potilaiden ikärakenteella tai sairastavuudella. Huonosti asetetut hoitoindikaatiot johtavat huonoihin tuloksiin ja korkeisiin kustannuksiin.

Kymmenestä yleisimmästä syöpämuodosta kahdeksan on kiinteiden kasvainten aiheuttamia syöpiä. Niiden ensisijainen parantava hoito on kirurginen. Monissa kasvainmuodoissa tarvitaan lisänä lääke- ja sädehoitoja. Kasvaintyyppien, niiden levinneisyyden ja potilaiden yksilöllisten ominaisuuksien perusteella hoitoja voidaan nykyisin räätälöidä eri potilaille. Usein leikkaus tehdään vain kerran hoidon aikana. Potilaiden näkökulmasta vaativien ja raskaiden syöpähoitojen keskittäminen harvempiin sairaaloihin merkitsee matkustamista, mutta samalla se tarjoaa kaikille yhdenvertaisen mahdollisuuden saada hyvää, laadukasta ja vaikuttavaa syövän hoitoa.

Yhteiset hoitokäytännöt ja leikkausindikaatiot auttaisivat vaikuttavampien hoitojen valinnassa ja yhteisten käytäntöjen avulla olisi mahdollista suunnata hoitoon käytettävät resurssit nykyistä paremmin. Yksiselitteisiä indikaatioita on kuitenkin mahdollista antaa. Jokainen tapaus on yksilöllinen, eikä täyttä konsensusta olkapään tilojen hoidosta ole kansainvälisesti saavutettu. Tämä koskee lähes kaikkea kiireetöntä toimintaa. Siten asetuksen tavoitteet osaamisen kokoamisesta suurempiin yksiköihin edesauttaa väestön laadukkaiden ja potilasturvallisten saantia.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen kytkeytyy tiiviisti yhteiskunnan muuhun kehitykseen, kuten tuotantorakenteeseen, työssäkäyntiin, asumiseen ja muihin



palveluihin. Terveyspalvelujen osalta moniosainen ja -tasoinen sairaalaverkko ei vastaa enää nykyisten hoitomuotojen tarpeita ja palvelujen kysyntää. Keskittämällä palveluja suurempiin yksiköihin voidaan parantaa hoidon tasoa ja saavuttaa kustannussäästöjä. Sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon kohdistuvat paineet edellyttävät palvelujärjestelmän kehittämistä. Julkisen talouden säästöpainet ja kaupungistumisen mukana muuttuva asutusrakente muuttavat mahdollisuuksia järjestää palveluja. Myös aluehallinnon uudistaminen vaikuttaa sosiaali- ja terveyspalvelujen tuotantoon ja järjestämisvastuuseen. Palvelutarpeet kasvavat etenkin suurimmilla kaupunkiseuduilla, mutta ikääntymisen johdosta palvelutarpeet pysyvät suuruusluokaltaan pitkälti nykyisellä tasolla väestön vähenemisen maakunnissa. Taantuvilla alueilla asukasmäärän pieneneminen väestön vanheneminen vähentää osittain erikoissairaanhoidon palvelujen tarvetta samalla, kun hoivapalveluiden tarve kasvaa.

Terveydenhuollon vaativien palvelun katoaminen voi heijastua myös muiden palveluihin, mikä voi vauhdittaa väestön vähenemistä. Arjen palveluasiointi ja työssäkäynti muodostavat toiminnallisia aluekokonaisuuksia, joiden tunnistaminen on tärkeää palveluverkon suunnittelun ja palveluiden sijoittamisen näkökulmasta. Vaativien hoitojen keskittyminen voi siten vaikuttaa syrjäisten alueiden elinvoimaisuuteen ja työllisyyteen, koska terveydenhuollon palvelut ovat varsin työvoimaintensiivisiä.

Palvelujen saavutettavuus heikkenee jonkin verran syrjäisissä maakunnissa, kun toimintoja osittain keskitetään. Toisaalta väestön keskittyessä suuriin kasvukeskuksiin, väestön keskimääräinen matka myös vaativiin palveluihin lyhenee. Vaativien hoitojen ja toimenpiteiden keskittäminen koskee kuitenkin vain pientä osaa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista sillä suuren volyymin hoivan ja hoidon palveluista tullaan edelleen tarjoamaan lähipalveluina.

Eduskunta on hyväksyessään terveydenhuoltolain nimennyt Suomeen 12 laajan päivystyksen sairaalaa. Sama määrittely on myös hallituksen esityksessä laiksi sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä. Tämän takia tulisi vähintään näihin turvata riittävän laajasti suuren volyymin vaativia hoitopalveluita kuten esimerkiksi mahdollisuus tekonivelkirurgiaan, ja laadukas hoito tekonivelkirurgia ja siten mahdollistaa kustannustehokas ortopedian ja traumatologian päivystys ympärivuorokautisesti. Näiden syiden takia tekonivelkirurgia suuren leikkausvolyymien takia tulisi tapahtua Suomessa vähintään 12 sairaala

Lääkäriliitto on esittänyt arviossaan, että yhden ympärivuorokautisen päivystysringin ylläpito edellyttää 10 - 12 lääkärin virkaa. Jos päivystys järjestetään takapäivystyksenä, selvittää jonkin verran pienemmällä lääkärimäärällä. Näillä lääkäreillä tulee päivystystyön lisäksi olla myös päiväaikaista toimintaa, kuten kiireetöntä leikkaustoimintaa sekä polikliinikoista ja osastohoidosta vastaamista. Esimerkiksi ortopedian ja traumatologian ympärivuorokautista päivystystä tarvittaneen Suomessa vähintään 12 laajan päivystyksen sairaalassa. On arvioitu, että kustannusten näkökulmasta (matkakustannukset huomioituna) optimaalinen määrä tekonivelsairaaloita olisi laskennallisesti seitsemän. Tällöin sairaalakohtaiset volyymit olisivat 2100 ja 4500 välillä vuosittain. Verrattuna nykyiseen 52 leikkaavaan sairaalaan keskittämisen kustannussäästö olisi tällöin vähintään 15 miljoonaa euroa huomioituna lisääntyneet matkakulut. Tekonivelkirurgian liiallinen keskittäminen seitsemään sairaalaan ei liene tarkoituksenmukaista, sillä se heikentäisi mahdollisuuksia ylläpitää riittävää lääkärimiehitystä päivystävissä sairaaloissa. Tämän takia asetuksessa esitetään, että vähimmäisra-



ja tekonivelleikkauksille olisi 600 vuosittaista leikkausta. Laadulliset ja kustannustekijät edellyttäisivät myös pehmytosakirurgian asetusta tiukempaan keskittämiseen, mutta kirurgian ympärivuorokautinen päivystys on pidettävä yllä sairaaloissa, joissa hoidetaan myös synnytyksiä.

Asetus antaa yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille mahdollisuuden itse arvioida ja päättää erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, missä alueella on tarkoitustenmukaista toteuttaa esimerkiksi tekonivelleikkauksia ja muuta vaativaa kiireetöntä ortopediaa. Asetuksessa määritellään vuosittaisia minimileikkausmääriä, jonka ortopediaa arvioineet selvitysmiehet ovat katsoneet laadun takaamiseksi tarpeelliseksi. Vaikka yksiselitteisiä lukumääriä ei voidakaan tarkkaan tieteellisesti määritellä, tukevat selvitysmiesten ehdotusta kotimaiset ja ulkomaiset tutkimushavainnot.

Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarjan julkaisussa ”Sosiaali- ja terveyspalvelujen tarpeen, käytön ja tuottamisen alueelliset muutokset ja tulevaisuuden vaihtoehdot” on arvioitu terveydenhoitopalvelujen keskittämisen taloudellisia vaikutuksia. Niitä on analysoitu aluetasolla kansantalouden yleisen tasapainomalliin perusteella. Johtopäätöksenä raportissa todetaan muun muassa, että terveyspalvelujen keskittämällä on mahdollista saavuttaa skaalaetuja, kun päällekkäisestä toiminnasta luovutaan, mutta tästä ei ole saatavilla tarkkoja arvioita. Tämä kertoo osaltaan taloudellisten vaikutusarvioiden haasteellisuudesta. Aluetaloudellinen tarkastelu osoittaa, että sairaalatoimintojen keskittäminen toimii odotetulla tavalla eli laskee menojen kasvupainetta ja tuottaa tuottavuushyötyjä. Kansainvälinen ja kotimainen lääketieteellinen tutkimus on osoittanut, että vaativien hoitojen keskittämällä voidaan parantaa hoidon laatua ja potilasturvallisuutta.

4 Asia valmistelu

Asetuksen valmistelu liittyy päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden uudistamiseen, joka toteutettiin vuoden 2017 alusta voimaan tulleilla terveydenhuoltolain ja sosiaalihuoltolain (1301/2014) muutoksilla.

Osana uudistuksen valmistelua sosiaali- ja terveysministeriö antoi toimeksiannon kirurgisen ja operatiivisen toiminnan keskittämisen tukemisesta professori Reijo Haapiaiselle ja sairaalajohtaja Petri Virolaiselle. Selvitystyöhön ja erikoissairaanhoidon työnjakoon ja eräiden tehtävien keskittämistä koskevaan asetusvalmisteluun liittyen järjestettiin touko-kesäkuussa 2016 viiden yliopistollisen erityisvastuualueen alueella kuulemiset tavoitteena saada sairaanhoitopiirien ja muiden toimintaorganisaatioiden käsitykset tulevasta työnjaosta ja keskittämisestä. Viiteen järjestettyyn kuulemiseen kirurgian ja operatiivisen toiminnan työnjaosta osallistui yhteensä yli 200 edustajaa erikoissairaanhoidosta. Tilaisuuksissa olivat hyvin edustettuina kaikki sairaanhoitopiirit ja keskussairaalat, mutta eivät systemaattisesti kaikki aluesairaalat.

Näiden kuulemisten lisäksi sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt erikoisalakohtaisia kuulemisia kevään ja kesän 2016 aikana, kuten esimerkiksi psykiatrian alojen, lastentautien sekä kuntoutuksen erikoisalalan kuulemiset. Operatiivisten ja konservatiivisten erikoisalajien asiantuntijoille järjestettiin elokuussa 2016 kaksi laajaa kuulemistilaisuutta. Näihin tilaisuuksiin osallistui yhteensä noin 90 konservatiivisten ja dia-



agnostisten alojen asiantuntijaa. Syyskuussa 2016 lausuntokierroksen jälkeen järjestettiin kuuleminen sairaanhoitopiirien johtajaylilääkäreille.

Selvityshenkilöt Reijo Haapiainen ja Petri Virolainen luovuttivat raporttinsa 21.9.2016 (Kirurgia Suomessa 2020-luvulla: Operatiivisten erikoisalojen järjestämistä ja keskitämistä koskevat periaatteet. Loppuraportti 21.9.2016. STM Raportteja ja muistioita 2016:56).

Sosiaali- ja terveysministeriö antoi selvityshenkilöille jatkotoimeksiannot sairaaloiden työnjaon uudistamisen erikoisaloja koskevista periaatteista. Selvityshenkilöiden raportit koskivat ortopedian ja traumatologian, syöpäkirurgian, eräiden konservatiivisten alojen ja suun terveydenhuollon työnjakoa. Selvityshenkilöt luovuttivat raporttinsa 1. päivänä helmikuuta 2017: Syöpäkirurgian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Haapiainen, Reijo; Hendolin, Niilo; Victorzon, Mikael (STM Raportteja ja muistioita 2017:8), Konservatiivisten erikoisalojen järjestämistä koskevia periaatteita 2020-luvulla. Huusko, Tiina (STM Raportteja ja muistioita 2017:10), Ortopedian ja traumatologian järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla. Selvityshenkilöiden raportti. Virolainen, Petri; Pesola, Maija (STM Raportteja ja muistioita 2017:7), Suun terveydenhuollon erikoissairaanhoidon järjestämistä koskevat periaatteet 2020-luvulla : Selvityshenkilöiden raportti. Konki, Kari; Laine, Juhani (STM Raportteja ja muistioita 2017:9)

Sosiaali- ja terveysministeriö on järjestänyt huhti-toukokuussa 2017 kohdennettuja kuulemistilaisuuksia.

Luonnos asetukseksi on lähetetty lausunnolle ... (täydentyy)

5 Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä tammikuuta 2018. Asetuksen 7 §:ä on sovellettava viimeistään 1 päivästä heinäkuuta 2018. Asetuksen 8 §:n 3 momenttia on sovellettava 31 päivästä lokakuuta 2017.

Asetuksen voimaantulon aikataulu on kytketty terveydenhuoltolain päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteita koskeviin muutoksiin. Terveydenhuoltolain 45 §:ä muutetussa muodossaan on noudatettava viimeistään vuoden 2018 alusta. Asetuksen 7 §:ssä mainitut muutokset edellyttävät enemmän aikaa toimeenpanolle, minkä vuoksi se tulee voimaan heinäkuun alusta 2018.

Päivystyksen ja erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen toimeenpanon tueksi annetaan myös päivystystä ja kiireellistä hoitoa koskeva valtioneuvoston asetus ja ensihoitopalvelua koskeva sosiaali- ja terveysministeriön asetus. Molempien asetusten on tarkoitus olla täysimääräisesti voimassa vuoden 2018 alusta lukien.

