

SiunSoten lausunto Valtioneuvoston asetuseräluonnokseen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä

Periaatteessa asetuseräluonnos erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä on kannatettava. On hyvä, että harvoin tehtäviä tutkimuksia ja hoitoja keskitetään sekä isompiin yksiköihin että kokeneille erikoislääkäreille ja että toiminnan jatkuvuus on turvattu. On kuitenkin tärkeää, että keskittämisessä otetaan huomioon alueen maantieteelliset ja muut erityispiirteet niin, että hoidon saavutettavuus, laatu ja potilasturvallisuus eivät vaarannu. Tässä asetuseräluonnoksessa on valitettavasti neljä merkittävää ongelmaa, jotka eivät tue asetuserän alkuperäistä tavoitetta. Nämä tulee ratkaista ennen kun annetaan näinkin yksityiskohtainen listaus erikoissairaanhoidon tehtävien keskittämisestä ja rajaamisesta.

1. Jos osa keskussairaalan nykyisistä ei-kiireellisistä toiminnoista esitetään keskitettävän yliopistosairaalaan, samalla siirretään resursseja päivystävästä keskussairaalaan yliopistosairaalaan. Toteutuessaan muutos tulee haittaamaan keskussairaalan kehittämistä ja erikoissairaanhoidon päivystyksen järjestämistä. Tämä johtaa maakuntien välillä eriarvoistumiseen.

Jos päivystävän sairaalan toimintaedellytyksiä huononnetaan, se tulee aiheuttamaan erikoislääkäreiden ja hoitajien rekrytoinnissa lisäongelmia. Keskittämisen myötä esim. kirurgien ja kardiologien osuus vähenee keskussairaaloissa. Keskussairaalan huippuosajat hoitavat alueensa potilaat tehokkaasti virka-aikana, turvaavat 24/7 päivystyksen ja kehittävät näiden potilasryhmän hoitoa alueellaan. Tämä on nykyään varsin hyvin turvattu. Keskittämisen myötä erikoisaloiden toiminta vähentää sairaalasta sellaista osaamista, jolla on määrällisesti paljon suurempi merkitys muille kun keskittämisen kohteena oleville potilaille. Ei ole tarkoituksenmukaista optimoida yksittäisen potilasryhmien hoitoa ilman saatavuuden, saavutettavuuden, potilasturvallisuuden ja taloudellisuuden kokonaisarviota. Tämä on koko asetuseräluonnoksen vakava puute.

2. Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävissä toiminnoissa on jo nyt mainittu hoitokäytäntöjä, joita ei käytännössä enää ole (esim. levinneen kivessyövän laaja-alaiset leikkaukset). Tällainen toimenpiteiden yksityiskohtainen listaus ei ole tarkoituksenmukaista asetuseräluonnoksessa. Ei ole tarpeen luetella yksityiskohtaisia tauteja, hoitoja tai rajoituksia, koska erikoisaloiden tutkimukset ja hoidot kehittyvät jatkuvasti. Lääketieteen nopea muutos korostaa ERVA-alueiden sairaalain yhteistyön ja sopimisen merkitystä.
3. Kolmas jo olemassa oleva ongelma on, että yliopistosairaalan laskutus vaativista toiminnoista ei ole yhdenmukainen. Ulkokuntalaskutus perustuu joka yliopistosairaalassa eri kriteereihin. Lisäksi lisälaskuskriteerit poikkeavat toisistaan. Tämän takia lähettävä sairaala ei pysty ennakoimaan hoidon kokonaiskuluja. Pohjois-Karjalan keskussairaalan KYS:n ostopalvelumenot ovat lisääntyneet vuosittain 5-10 %, kun samaan aikaan sairaalan omat menot voivat kasvaa korkeintaan 0-1 %. Seuraavan vuosikymmenen aikana tämä keskittämisestä johtuva kulujen lisäys tulee olemaan entistä suurempi. Tätä ostopalvelulaskutusta ei ole otettu huomioon asetuseräluonnoksen perusteluissa. Siinä on vain arvioitu sitä, miten paljon keskittäminen vähentää kokonaismenoja. Keskussairaalan talouden kokonaisvaltaista suunnittelua ei ole otettu huomioon asetuseräluonnoksessa eikä sen perusteluissa. Joka tapauksessa keskitettävien hoitojen osalta tulee laatia sairaaloihin selkeä hinnoittelu. Esimerkiksi Tanskassa on ennalta sovittu hinta kaikista yliopistosairaaloihin keskitettäville hoidoille.

4. Itä-Suomi on poikkeava alue verrattuna muihin ERVA- alueihin. Välimatkat ovat pitkät verrattuna Etelä- ja Länsi-Suomeen sairaaloiden välimatkoihin. Tällä on merkitystä toiminnan ja päivystyksen järjestämisessä. Toinen poikkeavuus muihin yliopistosairaaloihin verrattuna on sairaaloiden väestöosuudet. KYS-ERVA- alueen väestöosuudesta KYS:n osuus on vain 30 %, Jyväskylän 30 %, Joensuun 20 % ja Mikkelin ja Savonlinnan osuudet yhdessä loput 20 %. Näiden kahden poikkeavuuden takia asetusluonnoksen esittämän hoitojen keskittäminen ei sovellu Itä-Suomessa samalla tavalla kuin muilla ERVA-alueilla, joissa yliopistosairaalan osuus on yli 50 % koko alueen väestöstä. Siten Itä-Suomessa keskitettävät hoidot asetuksen ehdottamalla tarkkuudella ei ole järkevää. Näiden syiden takia asetuksessa tulee olla KYS-ERVA alueelle lisämääräys, että sairaalat yhdessä sopivat keskitettävät tutkimukset ja hoidot. Nämä tulee tilastoida ja seurannan aikana tulee raportoida hoidon tuloksia, komplikaatioita sekä hoitojen kustannuksia ja kustannusvaikuttavuutta. Asetusluonnoksessa (8§) on hyvää, että tiedot lähetään STM:lle asetusluonnoksen mukaan 2 kertaa vuodessa.

Jos asetusluonnos tulee esitetyssä muodossa voimaan, keskussairaalan ja maakunnan näkökulmasta muutokset tulevat aiheuttamaan vakavia toiminta- ja talousongelmia ja vaarantaa potilasturvallisuuden. Tämän takia asetus tulee kirjoittaa siten, että ainakin Itä-Suomessa, sairaalat sopivat 1-2 vuoden välein keskitettävät tutkimukset ja hoidot. Tämä parantaa yhteistyötä sairaaloiden välillä ja saadaan yhteiset hoitokäytännöt ja laaturekisterit. Vain näin toimien saadaan luotettavaa tietoa hoidon tuloksista. Edelleen, yhteistyöllä voidaan optimoida alueen korkealaatuinen erikoissairaanhoidon taso ja kustannukset.

Lausunnon liitteenä on yksityiskohtaisesti erikoisaloittain lausunto keskitettävistä tutkimuksista ja hoidoista.

Liite: erikoisalojen kommentit asetusluonnoksen vaikutuksesta erikoisalojen toimintaan

Liite: erikoisalojen kommentit asetusluonnoksen vaikutuksesta erikoisalojen toimintaan
Seuraavassa on erikoisaloittain kommentoitu etenkin 6 § :n kohtia, jossa otsikkona on Viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai vastaavaan yksikköön alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoido

Sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitettussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, tulee viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavaan tasoiseen sairaalaan koota vaativat leikkaukset ja toimenpiteet, joita tehdään valtakunnallisesti vähemmän kuin noin 200 kappaletta vuodessa.

Lisäksi viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavaan tasoiseen sairaalaan kootaan seuraavat tehtävät:

- 1) Neurokirurgia;
- 2) Keuhkokirurgia;
- 3) Kaulavaltimokirurgia;
- 4) Sydänkirurgia;
- 5) Tulehduksellisten suolistosairauksien kirurginen hoito;
- 6) Haimasyövän, mahasyövän, munasarjasyövän, periytyvän paksusuolisyövän, peräsuolen syövän, ruokatorvisyövän ja sarkooman leikkaushoito sekä robottiväestöinen radikaali prostatektomia eturauhassyövässä;
- 7) Käden, ranteen, kyynärpään ja nilkan tekonivelkirurgia, olkapään tekonivelen uusinta-leikkaukset ja vaikeat tekonivelinfektiot;
- 8) Reumakirurgia;
- 9) Vaativat selkäleikkaukset;
- 10) Huuli- ja suulakihalkiopotilaiden sekundaarivaiheen leikkaushoidot;
- 11) Kasvojen, leukojen ja suun alueen syöpähoidot, luiden monimurtuma- ja kuduskorjaus-hoidot;
- 12) Harvinaisiin suusairauksiin liittyvien kehityksellisten häiriöiden diagnostiikka ja hoito;
- 13) Aortan aneurysmien endovaskulaarinen hoito;
- 14) Neurologiaan liittyvät endovaskulaariset toimenpiteet;
- 15) Vaativat transkatetriset kardiologiset toimenpiteet, sisältäen aortan tekoläpän asennukset katetreitteitse edellyttäen, että niitä tekevässä sairaalassa on avosydänkirurginen valmius;
- 16) Hedelmöityshoidot;
- 17) Uhkaava ennenaikainen synnytys ennen 32. raskausviikkoa;
- 18) Vakavaa kroonista sairautta potevan synnyttäjän raskauden suunnittelu, seuranta ja synnytyksen hoito;
- 19) Lasten ja nuorten saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteutussuunnitelman laatiminen;
- 20) Lastenpsykiatrisen ympärivuorokautinen vuodeosasto ja lasten oikeuspsykiatri-set tutkimukset;
- 21) Vaikeiden neuropsykiatristen ja vaikeiden, eri erikoisalojen välistä yhteistyötä edellyttävien psykiatristen häiriöiden tutkimukset ja hoidot sekä oikeuspsykiatriset erityistutkimukset, mukaan lukien mielentilatutkimukset.

Kirurgian erikoisalat

Nämä (kohdat 1-9) ovat laajoja kokonaisuuksia ja ehdotuksen mukaan asetus tulee merkittävästi rajaamaan keskussairaalan toimintaa. Siksi osittain ylimalkainen tai joissakin kohdin yksityiskohtainen luettelointi asetustasolla toiminnan rajaamiselle ei ole tarkoituksellista.

Thorax ja verisuonikirurgia

Keuhkokirurgisia toimenpiteitä, mukaan lukien mediastinoskopiat, tehdään PKKS:ssa noin 100/ vuosi. Jos kaikki keuhkokirurginen toiminta keskitettäisiin KYS:aan, oltaisiin jatkossa tilanteessa, jossa edes pleuradreenin laitto ei enää onnistu keskussairaalassa. Torakotomia, torakoskopia ja pleuradreenin laitto ovat toimenpiteitä, jotka on välttämätöntä hallita 24/7 päivystävässä sairaalassa.

PKKS:ssa on ollut pitkään moniammatillisia hoitokokouksia keuhkosityöpöpotilaiden hoidosta ja keuhkosityöpäleikkaukset on talletettu rekisteriin.

Kaulavaltimoahtauman leikkaushoidossa (kohta 3) kynnyskysymys on aika. Leikkaus tulee tehdä nykysuositusten mukaan pari viikon sisällä oireesta. Tähän tavoitteeseen on PKKS:ssa päästy, mutta toiseen sairaalan lähettäminen hidastaa hoitoon pääsyä. Eurooppalaisen suosituksen mukaan oireiset kaulavaltimoahtaumat tulee leikata yksikössä, jossa kuolleisuus ja aivotapahtuman frekvenssi tulee olla alle 6 %. PKKS:n oman rekisterin mukaan komplikaatiofrekvenssi alle 6 % (leikkauksia n 30/vuosi). Lisäksi KYS:n edustajan kannanotto mukaan heillä ei ole valmiuksia eikä halua kaulavaltimokirurgian keskittämiseen.

Ortopedian kannanotto

Lonkan ja polven tekonivelleikkausten osalta 600 tekonivelen määrä on ylitetty. Selkäkirurgian osalta 150 leikkauksen määrä on ylitetty vuosittain. Olkatekonivelkirurgiassa on 40 toimenpiteen raja.

Keskussairaalassa kokenut ortopedi tekee noin 25 -30 artroplastiaa vuodessa ja hänellä on pitempi kokemus näistä kuin kenelläkään muulla koko ERVA-alueella. Asetusluonnos ei tule sitä näkemystä, että hoidontaso paranisi.

Gastroenterologinen kirurgia

Gastrokirurgian osalta kriittinen työnjako ja eräiden tehtävien keskittäminen koskee ruokatorven, mahalaukun, haiman pään, maksan ja peräsuolen kirurgiaa. Näiden osalta työnjakokeskustelua on käyty Kuopion, Jyväskylän ja Joensuun välillä. 22.12.2016 pidetyssä kokouksessa on päätetty KYS-erva alueen työjaosta, jossa haiman poistoleikkauksia tekevät KYS, KSKS ja PKKS ja maksan resektiot KYS ja KSKS. . Elektiivisen haimakirurgian lopettaminen Joensuussa johtaisi nopeasti saman alueen (ylävatsan retroperitoneaalinen tila) muita sairauksia potevien potilaiden hoidon laadun huononemiseen (vammat, sappikirurgian komplikaatiot, vaikeat haimatulehdukset). Yhteistyötä diagnostiikan ja laadunseurannan suhteen lisätään. Vasta tulosten perusteella arvioidaan mahdollinen keskittämistarve. Suuri osa mahalaukun syöpäpotilaista hoidetaan edelleen palliatiivisella resektiolla, joka toteutetaan Joensuussa ja jatkossa sovitaan radikaalileikattavien potilaiden osalta keskittämisestä erva-alueen sisällä. Joensuun vaativan kirurgian laadunseuranta on tehty systemaattisesti ja kattavasti vuodesta 2008 lähtien. Tulosten analysoinnin perusteella on ilmeistä, että tulokset ovat kansainvälisestäkin vertailtuna hyvät. Mikään kansainvälinen tutkimus ei puolla näkemystä, että Pohjois-Karjalan ja Pohjois-Savon väestö saisi terveyshyötyä esimerkiksi peräsuolen ja haiman pään kirurgian keskittämisestä Kuopioon. Sen sijaan potilaan tutkimuksen ja hoidon pilkkominen useampaan yksikköön tuo toteutuessaan ongelmia ja aiheuttaa hoidon viivästyistä. Elektiivinen IBD-kirurgia (J-pussi) on vaativaa kirurgiaa, jota on tehty hyvin tuloksin Joensuussa pitkään ja moderneilla menetelmillä. Komplisoitunut IBD-kirurgia on lähetetty ja tullaan lähettämään vastedeskin proktologisten ongelmien hoitoon keskittyneeseen yksikköön. Periytyvän paksusuolisyövän suhteen hoitopäätökset tehdään yhteistyössä Jyväskylän kanssa, joka toimii koordinaatiovastaullisena sairaalana. Peräsuolen syövässä hyvin matalat resektiot (transanaalinen tekniikka) toteutetaan proktologisessa keskuksessa. Nyt on sovittu KYS-ervan sairaaloiden keskinäisestä yhteistoiminnasta (virtuaali-meeting, laadunseuranta), jossa koordinaatiovastuu on Jyväskylällä ja tämä toiminta on jo alkanut.

Vahva alueellinen pyrkimys on yhdistää KYSin, KSKS:n ja PKKS:n toimintaa niin että sairauksien tutkimusmenetelmät ja niiden tulkinnat, hoito-indikaatiot ja -menetelmät ja seuranta-protokolla ovat yhtenevät. Tällöin myös hoidon tulokset voidaan tilastollisesti yhdistää. Näin saadaan syntymään koordinoitua leikkaustoimintaa, joka toteutetaan kolmessa eri sairaalassa. Toiminnassa suositetaan kiinteää operatöörin välistä yhteistyötä sekä tarvittaessa yhdessä leikkaamista ja tulosten analysointia sekä avunantoa resurssipulan yllättäessä. Mikäli tulosten analysointi antaa vahvoja viitteitä jonkun yksikön ylivertauudesta, voidaan toiminta keskittää siltä osin kyseiseen yksikköön

Plastiikkakirurgia

Asetuksessa mainituista toimenpiteiden keskityksestä tärkein on rintasyövän leikkaushoito, joita tulisi tehdä vähintään 150 vuodessa. PKKS:ssa rintasyöpäpotilaita on leikattu n 140 -200 potilasta vuodessa, joten sen suhteen PKKS jatkaa tämän suuren potilasryhmän hoitoa. ERVA-alueella on muita sairaaloita, joissa leikkauksia on vähemmän. Tätä työnjako koskevaa asiaa on käsitelty 29.5.2017 pidetyssä kokouksessa, jossa on sovittu yhteistyön tiivistämisestä. Muut keskitettävät asiat eivät muutu; sarkoomat laajat palovammat on keskitetty jo aiemmin.

Urologia

Munuaissyövän ja eturauhassyöpäkirurgian "noin 70/vuosi" on luku ilman tieteellistä arviota. Tämä luku tarkoittaisi esim. KYS alueella, että lukumäärää ei saisi täyteen edes keskittämällä. Kokonaan on sivuutettu se näkökulma, miten pitäisi tehdä toimenpiteitä leikkaavaa kirurgiaa kohti vuodessa. Valitettavasti tämä ja laatuvertailua ei ole otettu asetusluonnoksessa huomioon.

Korva-, nenä- ja kurkkusairauksien erikoisala

KYSin ERVA-alueen pään ja kaulan syöpien hoidon koordinaatiokokouksessa KYSin edustajan näkemys oli, että kaikkia tämän alueen syöpähoitoja ei tarvitse keskittää KYSiin vaan niitä voi soveltuvin osin jatkaa alueen keskussairaaloissa.

Nykyisessä muodossaan kohta 11 käsittää mm. kasvojen ihon tyvisolusyövät, joiden hoito on yksinkertaisimmillaan polikliinista ja voi tapahtua vaikka terveysasemilla. Näitä ei ole tarkoituksenmukaista keskittää yliopistosairaaloihin. Teksti tulisi jättää paikallista sopimisvaraa esimerkiksi muuttamalla sanamuotoa niin, että pään ja kaulan syöpien järjestämisvastuu on yliopistosairaalalla.

7§ kohta 4: Kilpirauhaskarsinoomien leikkaushoito ei eroa vaikeusasteeltaan muusta kilpirauhaskirurgiasta. Lisäksi syöpädiagnosi usein varmistuu vasta leikkauksen yhteydessä otetusta kudoksenäytteestä, erityisesti follikulaarisen kilpirauhaskarsinooman tapauksessa.

Suu- ja hammassairaudet

Asetusluonnos on suurelta osin sopusoinnussa nykyisen käytännön kanssa suu- ja leukasairauksien osalta. PKKS:ssa on tehty leukanivelen tekonivelleikkauksia.

Keuhkosairaudet

Jos keuhkokirurgia siirtyy kokonaan yliopistosairaalaan, se vaikeuttaa keuhkosairauksien diagnostista toimintaan. Erilaisten keuhkokyhmien selvittelyssä kirurgia voi olla varhaisesta vaiheesta lähtien yksi vaihtoehto vaikka kyhmy osoittautuisikin hyvänlaatuiseksi. Tämä rajaveto käytännössä on mahdoton, kun pitäisi etukäteen ratkaista, missä vaiheessa lopetetaan omat tutkimukset ja missä vaiheessa pitää lähettää yliopistosairaalaan.

Onkologia

HUS-ERVA on asetusluonnoksessa mainittu syövän ehkäisyä, diagnostiikkaa, hoitoa ja seurantaan valtakunnallisena ohjaavana toimijana. Samanaikaisesti on tekeillä mittava työ Kansallisen Syöpäkeskuksen puitteissa. Kansallinen Syöpäkeskus tulee jatkossa koordinoimaan näitä tehtäviä ja onkin niille luonteva ohjausryhmä. Asetusteksti on ristiriidassa Kansallisen Syöpäkeskuksen toimintamallin kanssa.

Vähempään kuin viiteen yliopistosairaalaan keskitettävissä toiminnoissa on jo nyt mainittu hoitokäytäntöjä, joita ei käytännössä enää ole (esim. levinneen kivessyövän laaja-alaiset leikkaukset). Tällainen toimenpiteiden yksityiskohtainen listaus ei ole tarkoituksenmukaista asetustekstissä, koska hoitokäytännöt muuttuvat jatkuvasti.

THL on asettanut aikarajat syövän diagnostiikan ja hoitojen aloituksen suhteen (voimaan 1.1.2017 alkaen). Näillä pyritään turvaamaan kaikille syöpäpotilaille riittävän hyvä hoitoon pääsy. Hoitoja keskitettäessä on otettava huomioon, että Itä-Suomen alueella on erittäin hyvin toimivat syöpäpotilaiden hoitoketjut ja pystymme varmistamaan potilaiden ajantasaisen diagnostiikan ja sekä kirurgian että onkologisen hoidon olemassa olevilla toiminnoilla. Tämä, ja sitä myötä potilasturvallisuus vaarantuu, jos olemassa olevat hyvät hoitoketjut yliopistosairaalaan keskittämisen nimissä puretaan. Potilaiden diagnostiikassa, kirurgiassa ja onkologisessa hoidossa ei pystytä

pysymään THL:n asettamissa aikarajoissa. Asetusteksti tulee Itä-Suomen osalta laatia niin, että alueellisesti sovitaan keskittämiskäytännöt sairaaloiden kesken.

Kardiologia

Asetustekstissä kohta 15 lukee: ”Vaativat transkatetriset kardiologiset toimenpiteet, sisältäen aortan tekoläpän asennukset katetriteitse edellyttäen, että niitä tekevässä sairaalassa on avosydänkirurginen valmius”. Tämä lisäys ja keskussairaaloiden rajaaminen toiminnan ulkopuolelle on tarpeeton. Sillä kielletään keskussairaaloissa oleva toiminta ja jonka hoitotulokset ovat samaa luokkaa kuin yliopistosairaaloissa. Osa näistä potilaista on iäkkäitä tai monisairaita, että avosydänleikkausta ei voi tehdä. Vaativat transkatetriset kardiologiset toimenpiteet tehdään nykyäänkin yhteistyössä alueen yliopistosairaalan kanssa. Tulevan asetuksen mukaan näitä toimenpiteitä seurataan pari kertaa vuodessa ja siten saadaan tieto toiminnan määrästä ja laadusta.

Keskussairaaloissa tehdään transkatetrinen aorttaläppäasennus (TAVI toimenpiteitä) potilaille, jotka eivät sovellu korkean leikkausriskin takia avosydänkirurgiaan tai kieltäytyvät siitä. Ei ole perusteita edellyttää asetuksella näiden hoitoa keskuksessa, jossa on avosydänkirurginen valmius. Omana toimintana tehty TAVI säästää jopa 30 % kustannuksia (n. 10000€) verrattuna YO-sairaalaan ostettuun toimenpiteeseen. Suomen keskussairaaloissa on tehty 15.5.2017 mennessä 98 TAVI toimenpidettä. Potilaiden 30 vrk kuolleisuus on 1 % (suullinen tiedonanto toimenpidelääkäreiltä), mikä vastaa erinomaista hyvää kansainvälistä hoitotasoa.

Vaativat transkatetriset toimenpiteet sisältävät yleisen käsityksen mukaan mm. kroonisten totaalitukosten avaamisen, sepelvaltimon päärunjon pallolaajennuksen ja sepelvaltimon poraamisen eli rotablaation. PKKS:ssa tehtiin v. 2016 875 sepelvaltimon pallolaajennustoimenpidettä. Näistä 92 oli suojaamatonta sepelvaltimon päärunjon ja 87 kroonisen sepelvaltimotukoksen pallolaajennusta. Sepelvaltimon poraushoitoja on tehty viime vuosina 40 -70 vuodessa. PKKS onkin Suomen eniten sepelvaltimoiden porauksia tekevä keskus. Asetuksen mukainen 24/7 kardiologipäivystystoiminta edellyttää vaativien pallolaajennus toimenpiteiden suorittamista myös virka-aikana.

Mitään yksittäisiä toimenpiteitä ei näkemyksemme mukaan tule kirjata lakiin tai asetuksiin, koska kardiologiset toimenpitehoidot kehittyvät tällä hetkellä nopeasti tehden niistä turvallisempia ja laajemmin käytettäviä myös pienemmissä yksiköissä. Selvitysmies Tiina Huuskon selvityksen pohjalta laadittu edellinen (2/2017) asetusluonnoksen teksti oli hyvä ja siihen tulee varsinaisessa asetuksessa palata.

Naistaudit ja synnytykset

Hedelmöityshoitojen keskittäminen viiteen yliopistosairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastavan tasoiseen sairaalaan. Tässä on tärkeää luonteva yhteistyö yliopistosairaalan kanssa että mitä osa näistä hoidoista tulee keskittää yliopistosairaalaan. PKKS:ssa pitkä kokemus hedelmöityshoidoista ja sen hoitotulokset ovat hyvät. Jos hoidot keskitetään kokonaan yliopistosairaalaan, se tarkoittaa hoidon saatavuuden huononemista. Lapsettomuushoidoissa naisen iällä on merkittävä rooli hoitojen onnistumiselle, joten hoitoihin pääsyn pitkittymisellä on negatiivinen vaikutus ennusteeseen. Solulaboratorio on ajan tasalla ja alkionviljelyssä ja -menetelmissä seurataan aikaa. Tässä voidaan jatkossa tehdä yhteistyöstä ja työnjako yliopistosairaalaan kanssa.

Gynekologiset syövänhoidot on jo keskitetty yliopistosairaalaan ja työnjako ERVA-alueella on sovittu. PKKS:ssa on leikattu matalan riskin corpus-karsinomat ja näitä leikkauksia pitäisi olla 70 kpl /vuosi..

Kriteerinä pitäisi olla laparoskooppisten kohdunpoistojen määrä >70/v, koska matalan riskin taudin hoito on kohdun ja munajohdinten poisto. Tämä työnjako voidaan sopia KYS-ERVA alueella.

Lastentaudit

Käypähoitosuositusryhmä ei löytänyt perusteita yli 1500g painavien keskosten hoidon keskittämiseen. Valtaosa yli 30 rvk ja yli 1500g painavista keskosista on hyväkuntoisia eivätkä tarvitse raskasta tehohoitoa. Myöskään tutkimuksissa ei ole voitu osoittaa Suomessa yli 30 rvk:lla syntyneiden lasten tilastollisesti merkittävää parempaa selviytymistä, vaikka he syntyisivät yo-sairaaloissa. Tästä syystä on eettisesti ja moraalisesti väärin edellyttää perheiltä siirtymistä kauas kotoa synnyttämään, mikäli yhtä hyvää hoitoa on tarjolla oman alueen keskussairaalassa.

Lasten ja nuorten saattohoidon ja palliatiivisen hoidon toteutussuunnitelman laatiminen (kohta 19). Suomessa on tällä hetkellä 4 lastenlääkärinä, joilla on palliatiivisen hoidon erityispätevyys. PKKS:ssa on juuri valmistumassa yksi lisää. Vastaavasti KYS:ssä ei ole lastenlääkärinä, jolla on tätä erityispätevyyttä. Kuinka näin ollen voidaan esittää, että hoidonlinjaukset tulee keskittää yo-sairaaloihin? Palliatiivinen hoidonlinjaus kuuluu lasta pitkään hoitaneelle lääkärille ja palliatiivisen hoidon suunnittelu kuuluu sellaisiin yksiköihin, joissa on erityispätevyden omaava ammattilainen ja henkilökunta sitä suunnittelemaan. Palliatiivisen hoidon piiriin kuuluu paljon muitakin lapsia kuin syöpää sairastavat lapset (esim. vaikeavammaiset, neurologisia eteneviä aivosairauksia sairastavat jne.) ja siksi tämän hoidon keskittämiseksi vain yo-sairaaloihin ei ole mitään perusteita.

Asetuksessa mainittujen lasten, nuorten ja perheiden vaativimpien palveluiden osaamiskeskusten luonne jää epäselväksi. Keskitetäänkö osaamiskeskuksiin vain erikoissairaanhoidon toimintoja: lastentauteja, lastenneurologiaa, lasten- ja nuorten psykiatriaa ja kuntoutusta? Kuuluvatko muut palvelut kuin erikoissairaanhoidon, esim. vaativimmat sosiaalipalvelut, näihin osaamiskeskuksiin? Perusterveydenhuollossa tehtävää erikoissairaanhoidon ei asetusluonnoksessa mainita ollenkaan.

Lastenpsykiatria

Lastenpsykiatrin ympärivuorokautinen vuodeosastohoito sekä lasten oikeuspsykiatriset tutkimukset. Tarkoittaako ympärivuorokautinen hoito 24/7 periaatteella toimivaa osastoa. Sanayhdistelmä ”ympärivuorokautinen osastohoito” ei ole yksiselitteinen. PKKS:ssa on ympärivuorokautinen lastenpsykiatrin viikko-osasto eli osastomme toimii ympärivuorokautisesti maanantaiaamusta perjantai-iltapäivään. M 1- tilanteissa teemme lähetteen Kuopion yliopistollisen sairaalan lastenpsykiatrian kriisi-osastolle, joka on myös viikonloppuna toiminnassa. Asetuksen taustamuistiossa viitataan että nämä tehtävät jotka mainitaan 6 §:ssä ”ovat pääsääntöisesti jo nyt keskittyneet yliopistosairaaloihin”. Tämä pitää paikkansa ns. 24/7 osastohoidon suhteen, mutta ei ole vallitseva käytäntö viikko-osastojen suhteen. Nykyisellä sanamuodolla asetus kieltäisi lastenpsykiatrisen osastomme toiminnan. Tämä on ristiriidassa sen kanssa, että asetuksen tarkoituksena on mm ”taata yhdenvertainen hoidon saatavuus”. Tällöin Pohjois-Karjalassa alle 14-vuotiaat eivät voisi päästä psykiatriseen osastohoitoon kotimaakunnassaan vaikka yli 14-vuotiaat voivat edelleen päästä (nuoriso)psykiatriselle osastolle. Lastenpsykiatrian osastollamme on vakiintunut tehtävä osana lapsiperheiden palveluverkkoa Pohjois-Karjalassa. Sitä ei voida korvata muilla toiminnoilla lastenpsykiatrian tai muiden palveluiden piirissä. Osaston puuttuminen maakunnastamme johtaisi lastensuojelun toimien epätarkoituksenmukaiseen käyttöön. Asetuksen sanamuotoa on muutettava yksiselitteiseen suuntaan.

Psykiatria

”Vaikeiden neuropsykiatristen ja vaikeiden (kohta 21) eri erikoisalojen välistä yhteistyötä edellyttävien psykiatristen häiriöiden tutkimukset ja hoidot sekä oikeuspsykiatriset erityistutkimukset mukaan lukien mielentilatutkimukset”. Asetuksen sanamuotoa on tarkennettava koska määritelmä on epämääräinen. Milloin neuropsykiatriset häiriöt ovat vaikeita? Itä-Suomessa Kuopiossa ei ole tällä hetkellä sellaista tietotaitoa. Nämä vaikeat psykiatriset häiriöt on hoidettu Joensuussa. Mielentilatutkimukset on jo nyt keskistetty Kuopion yliopistolliseen keskussairaalaan.

Palliativinen hoito

"Keskitettyä hoitoa antavassa yksikössä tulee olla korkea asiantuntemus ja kokemus sekä osaaminen, jolla turvataan hoidon korkea taso ja laatu sekä potilasturvallisuus. Keskitettyä hoitoa antavien yksiköiden tulee toimia yhteistyössä muiden terveydenhuollon yksiköiden kanssa palveluiden laadun ja yhdenvertaisen saatavuuden turvaamiseksi."

Keskittämisen pitää pohjautua asiantuntemukseen, kokemukseen ja osaamiseen. Jos isossa keskussairaalassa on vaadittava ammattitaito, yliopistosairaalan keskittämisellä ei saada lisätua vaan pikemminkin päinvastoin. Aikuispotilaiden palliativisesta hoidosta ja saattohoidosta yliopistosairaala voi koordinoida toimintamalleja ja yhteistyötä ja ylläpitää alueen ammattilaisverkostoja. Yliopistosairaala ei voi vastata toisen maakunnan vaativasta palliativisen hoidosta ja saattohoidon toteuttamisesta. Koska Itä-Suomessa välimatkat ovat pitkiä, ei ole järkeä keskittää vaativaa palliativista hoitoa KYS:iin. PKKS:ssa on nykyisin osaamista ja sen laatu kestää vertailun.

Saattohoito ja palliativinen hoito ovat nimenomaan lähipalvelua. STM:n suosituksissakin 2010 todetaan, että saattohoito tulisi toteuttaa potilaan kotona, mikäli hän sitä toivoo ja mikäli se ei onnistu niin sitten mahdollisimman lähellä kotia paikassa, jossa on vaadittava osaaminen. Asetusluonnos on ristiriidassa STM:n suositusten kanssa.