

30.12.2019

VALTIONEUVOSTON ASETUS ERIKOISSAIRAANHOIDON TYÖNJAOSTA JA ERÄIDEN TEHTÄVIEN KESKITTÄMISESTÄ ANNETUN VALTIONEUVOSTON ASETUKSEN MUUTTAMISESTA

1 Johdanto

Terveystieteidenhuoltolain (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.

Tällä asetuksella on tarkoitus muuttaa erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen (582/2017) 6 ja 7 §.

Erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetulla valtioneuvoston asetuksella on säädetty 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 keskittämistä toteutettaessa. Valtakunnallisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon on koottava vähempään kuin viiteen yliopistolliseen sairaalaan. Alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoidon kootaan viiteen yliopistolliseen sairaalaan tai erityisistä syistä muuhun vastaavan tasoiseen sairaalaan. Lisäksi sairaaloiden tarkoituksenmukaista työnjakoa varten erikoissairaanhoidon kootaan laadun ja potilasturvallisuuden niin edellyttäessä. Asetuksessa säädetään lisäksi valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuden suunnittelu- ja yhteensovittamistehtävistä. Asetuksen toimeenpano on valtakunnallisesti arvioituna edennyt hyvin, mutta eräitä yksittäisiin toimenpiteisiin liittyviä muutoksia on edelleen kesken. Lisäksi eräillä erityisvastuualueilla sairaaloiden välinen laajempikin työnjako on eri syiden johdosta kesken ja valvontaviranomainen on aloittanut asiasta omat selvityksensä.

Lääketieteen kehitys on erityisen nopeaa erikoissairaanhoidossa ja yhdenvertaisuuden kannalta on tärkeää ottaa vaikuttavat hoitomenetelmät kustannustehokkaasti käyttöön koko maassa.

Pääministeri Marinin hallituksen ohjelmassa on sovittu, että keskussairaaloiden päivystystoiminta ja osajien riittävyys turvataan tarvittaessa erityisin päätöksin koskien niin kutsuttua keskittämisasetusta vaarantamatta sosiaali- ja

terveydenhuollon toimivaa kokonaisuutta tai potilasturvallisuutta. Hallitusohjelman mukaisesti valtioneuvosto päättää työnjaon ja yhteistyön kehittämisestä erityisvastuualueen yhteisen kannan huomioon ottaen. Nyt ehdotettavassa asetuksen muutoksessa painotetaan erityisesti päivystystoiminnan turvaamista sekä edistetään alueellisen työnjaon toteutumista.

Potilaan hoitokokonaisuudessa erityisosaamista vaativa osuus on usein vain rajallinen osa. Usein erityishoitoa kuten leikkausta tarvitaan potilaan hoitopolulla vain hyvin lyhyen ajan ja kerran elämässä, mutta vaatii sen aikana useiden erityisalojen monipuolista osallistumista hoitoon. Jatkohoito ja kuntoutus on mahdollista järjestää lähipalveluna ja potilaan kokonaishoitopolku voi olla huomattavasti pidempi kuin yksittäinen keskitetty toimenpide.

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. Mahdollisuudet konsultoida erityisosaajia ovat suuressa yksikössä usein paremmat ja kokemusta kertyy enemmän.

Vaativien ja riskipitoisten hoitotoimenpiteiden laatua on mitattu tutkimuksissa usein vakavien komplikaatioiden kuten kuolleisuuden avulla. Tutkimukset ovat osoittaneet, että suurilla sairaaloilla on paremmat mahdollisuudet hoitaa harvinaisia ja vakavia komplikaatioita. Osaaminen ja suuren volyymin hyödyt korostuvat myös tavanomaisissa lievemmissä leikkauksen jälkeisissä komplikaatioissa.

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

Terveystieteiden lakien edellyttää, että erityisvastuualueet laativat erikoissairaanhoidon järjestämissopimukset, joissa 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. Järjestämissopimukset ovat joillain alueilla osin keskeneräisiä, mihin valtioneuvostolla on mahdollisuus puuttua.

2 Asetuksen yksityiskohtaiset perustelut

6 § Viiteen yliopistolliseen sairaalaan alueellisesti keskitettävä erikoissairaanhoito

Pykälän 1 momentin mukaan sen lisäksi, mitä muussa laissa säädetään tai terveydenhuoltolain 43 §:ssä tarkoitetussa erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sovitaan, tulee viiteen yliopistolliseen 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 2 momentissa säädetään tarkemmin joistakin viiteen yliopistolliseen sairaalaan koottavista tehtävistä.

Pykälän mukaan erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa määritellään tähän kuuluvat toimenpiteet, jotka voivat olla muitakin kuin pykälässä luetellut toimenpiteet, jos määrä alittaa noin 200 vuodessa valtakunnallisesti. Tyypillisiä tällaisia vaativia leikkaustoimenpiteitä ovat esimerkiksi harvinaisempien syöpien leikkaushoidot ja kajoavan kardiologian vaativat ja suhteellisen harvoin tarvittavat toimenpiteet.

Asetuksen muutoksen tavoitteena on koota osaamista Suomessa viiteen yliopistolliseen sairaalaan, jotta paras hoidon laatu voidaan yhtenäisesti tarjota koko väestölle. Yliopistosairaaloissa toimenpiteiden volyyymi on pääsääntöisesti suurta ja yhteistyö yliopiston kanssa mahdollistaa nopeasti kehittyvän lääketieteen alojen seurannan. Yliopistosairaaloilla on myös velvoitteita lääkäreiden perusopetuksessa ja erikoislääkärikoulutuksessa.

Asetuksen muutoksessa poistetaan nyt voimassa olevasta asetuksesta määrittely ”*tai vastaavaan yksikköön*”. Tämän määrittelyn merkitys on ollut pieni eikä missään erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa ole tätä huomioitu siten, että asetuksen 6 §:n mukaista toimintaa olisi sopimuksessa siirretty muuhun vastaavaan yksikköön.

Muutos vaikuttaa käytännössä eniten Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueella, jossa tämän pykälän mukaisia toimenpiteitä on tehty muuallakin kuin yliopistosairaalassa. Asiasta on käyty erityisvastuualueella keskusteluita, mutta asiasta ei ole sovittu järjestämissopimuksessa lain edellyttämällä tavalla. Syöpäpotilaiden nykyaikainen hoito edellyttää eri erikoisalojen saumatonta joustavaa yhteistyötä, johon yliopistosairaala käytännössä tarjoaa parhaat resurssit ja toimintavarmuuden kuten sydän- ja keuhkokirurgisen ympärivuorokautisen päivystyksen. Sairaala vastaa alueellaan myös avosydänkirurgiasta sekä vaativasta kajoavasta kardiologiasta, jotka käyttävät osin samoja resursseja kuten teho-osastoa. Muilla erityisvastuualueilla on joihinkin syöpiin liittyviä vähäisiä työnjakoasioita edelleen kesken.

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. Asetuksen muutoksen tavoitteena on antaa

yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille oikeus väestön tarpeen ja pitkien etäisyyksien niin edellyttäessä poiketa lonkan ja polven tekonivelleikkauksissa annetusta 600 vuosittaisen leikkauksen ja 150 vuosittaisen selkäkirurgisen leikkauksen sekä 150 vuosittaisen ensivaiheen rintasyöpäleikkauksen ja 70 vuosittaisen paksusuolisyöpäleikkauksen määristä. Tarkoituksena ei ole kuitenkaan merkittävästi alittaa säädettyjä lukumääriä. Leikkauskriteereistä poikkeaminen ei olisi edelleenkään hyväksyttävää.

Asetus edellyttäisi, että tekonivel ja selkäleikkauksia tekevässä sairaalassa on ortopedian ja traumatologian erikoisalan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus yhteistyössä alueen yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiirin kanssa. Syöpäkirurgiassa edellytetään, että leikkaavassa sairaalassa on soveltuvan kirurgisen erikoisalan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti tämän asetuksen 3 §:ssä ja alueellisesti asetuksen 4 §:ssä yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt. Lisäksi edellytetään, että erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tämä poikkeama on katsottu välttämättömäksi, jotta kiireelliset päivystyspalvelut saadaan turvattua.

Lonkan tai polven tekonivelleikkaukset

Lonkan tai polven tekonivelleikkaus on vakiintunut hoitovaihtoehdoksi pitkälle edenneessä, hankalaoireisessa lonkan tai polven nivelrikossa, kun konservatiivinen hoito ei ole tuottanut toivottua tulosta. Tehtyjen leikkausten määrä on nopeasti lisääntynyt väestön ikääntymisen, indikaatioiden laajentumisen ja palveluiden tarjonnan lisääntymisen takia.

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tekonivelrekisterin mukaan vuonna 2018 tehtiin 9.632 lonkan tekonivelen ensileikkausta ja 12.092 polven tekonivelen ensileikkausta eli yhteensä 21.724 kappaletta. Luvut sisältävät myös yksityisen leikkaustoiminnan. THL:n tekonivelrekisteriin ei kuitenkaan ole ilmoitettu kaikkia leikkauksia ja Kuntaliiton keräämän tilaston mukaan sairaanhoitopiirit tekivät yhteensä 24.503 lonkan ja polven ensileikkausta vuonna 2018. Tässä nousua edellisestä vuodesta 4,0 prosenttia.

Noin 600 leikkauksen määrä täyttyi vuonna 2018 kaikissa muissa keskussairaaloissa paitsi Savonlinnan (274 kpl), Kainuun (427 kpl), Keski-Pohjanmaan (309 kpl) ja Länsi-Pohjan (431 kpl) keskussairaaloissa. Useassa sairaanhoitopiirin keskussairaalassa oltiin hyvin tarkasti juuri 600 leikkausmäärän molemmin puolin. Suurin leikkausmäärä oli Pirkanmaan sairaanhoitopiirin tekonivelsairaala Coxassa (4.143 kpl). Aluehallintoviranomaisten tiedot ovat samansuuntaisia, mutta poikkeavat hiukan yllä mainituista.

Kuntaliiton vuoden 2019 tammi- elokuu sairaanhoitopiirien toimintalukujen mukaan sairaanhoitopiirein sairaalat leikkasivat yhteensä 16.588 lonkan- ja polven ensileikkausta, jossa nousua edellisestä vuodesta 3,7 prosenttia. Jos pienen leikkausvolyymien sairaaloiden leikkausmäärät jatkuvat yhtä suurina kuin, mitä ne ovat

olleet vuoden 2019 aikana elokuun loppuun, niin leikkausmääräksi tulisi koko vuodelle 2019 Savonlinnan (217 kpl), Kainuun (582 kpl), Keski-Pohjanmaan (277 kpl) ja Länsi-Pohjan (447 kpl) keskussairaaloissa.

Oulun yliopistosairaalan ja Kuopion yliopistosairaalan erityisvastuualueilla ei ole pystytty erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa sopimaan erityisvastuualueeseen kuuluvien sairaanhoitopiirien kuntayhtymien työnjaosta tekonivelen leikkausten osalta. Pohjois-Pohjanmaan alueella julkisella sektorilla leikataan tekoniveliä Oulun yliopistosairaalassa (1806 kpl vuonna 2018) ja Oulaskankaan sairaalassa (804 kpl). Oulaskankaan sairaala sijaitsee 100 kilometrin etäisyydellä Keski-Pohjanmaan keskussairaalaista. Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa on sekä pehmytosakirurgian että ortopedian ja traumatologian ympärivuorokautinen kaksoispäivystys, teho-osasto ja tuki usealta päivystävältä erikoisalalta, jotka Oulaskankaan sairaalasta puuttuvat. Keski-Pohjanmaan keskussairaala on yliopistosairaaloiden ulkopuolella Keski-Suomen keskussairaalan ja Hyvinkään sairaalan jälkeen kolmanneksi suurin synnytysairaala Suomessa. Etelä-Savon maakunnassa on käyty pitkään neuvotteluja yhteistyöstä kirurgisessa toiminnassa Mikkelin ja Savonlinnan välillä, mutta yhteistä näkemystä ei ole muodostunut.

Asetusmuutoksen tavoitteena on antaa erityisvastuualueelle mahdollisuus alittaa primäärien lonkan ja polven tekonivelleikkausten noin 600 kappaleen lukumäärä, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksen mukaisesti kyseisessä keskussairaalassa on väestön tarpeen ja pitkien etäisyyksien vuoksi välttämätöntä ylläpitää ortopedian ja traumatologian erikoisan ympäri vuorokaudista päivystystä ja yliopistosairaala voi tarjota toiminnalle tarvittavan tuen.

Tällainen tilanne voi olla esimerkiksi Pohjois-Suomessa pitkien etäisyyksien takia. Erityisvastuualue joutuu tällöin arvottamaan keskittämisen hyötyjä ja sitä, miten laajasti erityisvastuualueella pidetään yllä sairaaloissa kaksoispäivystystä sekä pehmytosakirurgiassa että ortopediassa ja traumatologiassa. Tekonivelkirurgia on sairaalan volyymissä varsin suuri ortopedistä työllistävä tekijä. Vuosittainen noin 600 leikkauksen määrä tarkoittaa noin kolmea leikkausta päivittäin. Ortopedisen päivystyksen ylläpito sairaalassa edellyttää minimissään noin kuutta ortopedian erikoislääkärinä, mutta optimaalinen määrä on vähintään noin 12 alan erikoislääkärinä.

Selkäleikkaukset

Selkäkipu on yleisimpiä terveystalouden käytön syitä etenkin perus- ja työterveyshuollossa, joissa siihen käytetään merkittävästi erityisesti henkilöstön, mutta myös kuvantamisen resursseja. Selkävasta aiheutuvan työkyvyttömyyden vuoksi maksetaan runsaasti sosiaalietuuksia ja lisäksi selkävun aiheuttamasta työkyvyn heikkenemisestä aiheutuu tuotannonmenetyksiä. Valtaosalla alaselkäkipupotilaista kivulle ei löydy vakavaa tai spesifistä syytä ja suuri osa akuuttivaiheen selkävunista paranee itsekseen. Selkävun kroonistumisen estämisellä on merkittäviä taloudellisia vaikutuksia. Aktiivinen kuntoutumista tukeva työote ja sairauskeskeisen työkyvyttömyyttä tukevan ajattelumallin ehkäisy ovat keskeisiä.

Akuutin, pitkittyvän ja kroonisen selkävivun hoidon periaatteet eroavat toisistaan. Taustalla voi olla erilaisia diagnooseja, joista osassa leikkaushoito voi tulla kyseeseen. Terveystenhuollon palveluvalikoimaneuvoston (Palko) suositus lanneselän välilevytyrjän leikkaushoidosta ja sen jälkeisestä kuntoutuksesta korostaa välilevytyrjän hyvää paranemisennustetta, minkä vuoksi ensisijainen hoito on ei-leikkauksellinen. Välilevytyräleikkaus kuuluu palveluvalikoimaan ei-päivystyksellisissä tilanteissa ainoastaan silloin, kun tyrän aiheuttama toimintakykyä haittaava alaraajaan tai pakaraan säteilevä kipu ilman lievittymistä pitkittyy yli kuusi viikkoa kestäväksi ja magneettikuvauksessa todetaan oireisiin sopiva löydös.

Asukaslukuun suhteutetuissa välilevytyrjän leikkausmäärissä on sairaanhoitopiirien välillä eroja, jotka eivät voi johtua sairastavuuden eroista, vaan kyse on hoitokäytäntöjen eroista. Kolmin-nelinkertaiset erot leikkausmäärissä on todettu jo 1990-luvun puolivälissä eivätkä erot ole tasoittuneet vuonna 2005 julkaistusta yhtenäisen hoidon perusteesta ja ensimmäisen kerran vuonna 1998 julkaistusta alaselkävivun Käypä hoito –suosituksesta huolimatta. Suomessa koko maan välilevyleikkausten määrä on kaksinkertainen Ruotsiin verrattuna, kun esimerkiksi Vaasan sairaanhoitopiirissä ja Ahvenanmaalla ollaan Ruotsin luvuissa. Muiden yleisten selkäleikkausdiagnoosien osalta tilanne lienee samankaltainen. Tilastojen mukaan julkisessa terveydenhuollossa tehtyjen välilevytyräleikkausten määrä on ollut laskussa, kun taas yksityisellä sektorilla tehtyjen leikkausten määrä on noussut.

Suomessa ollaan parhaillaan käynnistämässä kansallisen selkärekisterin toimintaa. Selkärekisteri tulee jatkossa tarjoamaan aiempaa kattavimmat tiedot tehdyistä toimenpiteistä ja niiden vaikutuksista potilaan terveydentilaan.

Asetus edellyttää sairaalalta vähintään noin 150 selkäleikkausta vuodessa. Luku täyttyy lähes kaikissa keskussairaaloissa. Aluehallintoviraston selvitysten vuoden 2018 lukujen perusteella näihin lukuihin päästiin usein myös kaikkein pienimmissä keskussairaaloissa; Keski-Pohjanmaa (143 leikkausta), Kainuu (166), Lappi (217). Selkäkirurgisten leikkausten luku alittui Savonlinnan (81), Mikkelin (120), Länsi-Pohjan (75) keskussairaaloissa. Myös Vaasan keskussairaalan luku (82) oli alhainen suhteellisen suuresta sairaanhoitopiirin väestömäärästä huolimatta, koska sairaalassa näytetään noudattavan Ruotsin kaltaista kuntouttavaa, konservatiivista selkävaivojen hoitokäytäntöä.

Paksusuolisyövän leikkaushoito

Vuonna 2017 uusi paksusuolensyöpiä todettiin 1.069 naisella ja 1.066 miehellä. Suomessa suolistosyöpä on miesten kolmanneksi yleisin ja naisten toiseksi yleisin syöpätauti. Taudin keskimääräinen ilmenemisyksikä on 65 vuotta, ja vain 4 % todetaan alle 40 vuoden iässä.

Leikkaus on ainoa parantava hoito. Toisinaan paksusuolen syöpä joudutaan leikkaamaan päivystyksenä, jos kasvain aiheuttaa suolen tukoksen tai puhkeaman. HUS FICAN Southin nimeämä hoitosuosituustyöryhmä on julkaissut 2.4.2019 suosituksen ”Kolorektaalisyövän kansallinen hoitosuositus”, jonka tavoitteena on yhtenäistää suolistosyövän hoito Suomessa ja auttaa hoitoa toteuttavia lääkäreitä

hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa. Suosituksen mukaan paksusuolen syövän hoidon suunnittelun tehdään monialaisen asiantuntijaryhmänvoimin riittävän suurissa yksiköissä. Hoidon suunnittelu perustuu monen erikoisalalan edustajan yhteisarvioon tilanteesta.

Väestön ikääntymisen myötä on arvioitavissa, että todettujen paksusuolen syöpien määrä lisääntyy. Asetus edellyttää sairaalalta vähintään noin 70 uuden syöpätapauksen leikkaamista vuosittain. Uusia tapauksia todetaan lähes aina vuosittain yli tämän määrän kaikissa suurissa ja keskisuurissa sairaanhoitopiireissä. Pienissä keskussairaaloissa leikkausmäärät kuitenkin alittavat 70 vuosittaisen leikkauksen.

Aluehallintoviraston keräämän tilaston mukaan vuonna 2018 vaadittu määrä alittui Oulun yliopistosairaalan eritysvastuualueella kaikissa keskussairaaloissa paitsi yliopistosairaalassa (OYS 99, Keski-Pohjanmaa 37, Kainuu 52, Länsi-Pohja 25 ja Lappi 36). Kuopion yliopistosairaalan alueella vaadittu määrä saavutettiin kahdessa (Kuopio 144, Keski-Suomi 93) ja alittui 3 keskussairaalassa (Pohjois-Karjala 50, Mikkeli 47, Savonlinna 21). Muualla maassa tavoiteluvut ylittyvät.

Asetuksen luonnoksen mukaan primäärien paksusuolisyövän vähintään noin 70 kappaleen lukumäärä voidaan alittaa, jos eritysvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tämä katsotaan välttämättömäksi ja vain siten päivystyspisteiden välisten etäisyyksien ja väestön palvelutarpeen vuoksi voidaan turvata palveluiden kiireellinen saanti. Leikkaavassa sairaalassa tulee tällöin olla soveltuvan kirurgisen erikoisalalan ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisen ja alueellisen kokonaisuuden suunnittelu ja yhteen sovittaminen on päätetty tämän asetuksen 3 ja 4 §:ssä. Asetus antaa yliopistosairaalalle vahvan velvoitteen huolehtia alueen paksusuolen syövän hoidon laadusta sekä erityisesti potilaan ennusteen kannalta tärkeimmän eli leikkaushoidon laadusta. Koska osa paksusuolen syöivistä joudutaan leikkaamaan päivystyksenä tulisi eritysvastuualueella harkita, että kaikissa laajan päivystyksen sairaaloissa pystyttäisiin pitämään yliopistosairaalan avustuksella riittävää osaamista tähän syöpäkirurgian osaan.

Rintasyövän leikkaushoito

Rintasyöpä on Suomessa naisten yleisin syöpä. Rintasyöpä alkaa yleistyä vaihdevuosi- iän lähestyessä ja keski-ikä taudin toteamishetkellä on noin 60 vuotta. Rintasyöpää todetaan myös nuorilla naisilla. Vaikka rintasyöpä on yleistynyt, taudin ennuste on jatkuvasti parantunut varhaisemman toteamisen sekä tehokkaampien hoitomenetelmien ansiosta. Rintasyöpään sairastuneen ennuste on Suomessa Euroopan parhaimpia.

Suomen rintasyöpäryhmä on julkaissut uusimman valtakunnallinen rintasyövän diagnostiikka- ja hoitosuosituksen 22.1.2019 Eteläisen syöpäkeskus FICAN South:n ja Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tukemana. Aiheesta on julkaistu myös eurooppalaisia suosituksia, joissa rajaksi suositellaan vähintään 150 leikkausta

vuodessa.

Korkeatasoisen syövänhoidon toteuttamiseksi Suomeen on perustettu kansallinen syöpäkeskus ja viisi alueellista syöpäkeskusta. Asetuksella on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille annettu tehtäväksi koordinoita syövän hoitoa kansallisella tasolla. Sairaanhoitopiireille, joissa on yliopistosairaala tehtäväksi alueellisesti osaltaan koordinoita syövän hoitoa kansallisesti yhtenäisesti alueellaan.

Diagnosoidun uuden rintasyövän hoito on lähes aina leikkaus. Uusien tapausten määrä ylittyy käytännössä kaikissa suurien ja keskisuurien maakuntien keskussairaaloissa. Pienten maakuntien osalta 150 ensivaiheen leikkauksen määrään ei päästä. Oulun yliopistosairaalan erityisvastuualueella leikattiin vuonna 2018 Keski-Pohjanmaan keskussairaalassa 82, Kainuun keskussairaalassa 82 ja Lapin maakunnassa Lapin keskussairaalassa 126 sekä Länsi-Pohjan keskussairaalassa 73 rintasyöpää. Kuopion yliopistosairaalan alueella Etelä-Savon maakunnassa Mikkelin keskussairaalassa leikattiin 125 rintasyöpää ja Savonlinnan keskussairaalassa 46 rintasyöpää.

Asetusluonnos edellyttää ensivaiheen rintasyöpäleikkausten noin 150 kappaleen lukumäärä, joka voidaan alittaa, jos erityisvastuualueen erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa tämä katsotaan välttämättömäksi, jotta voidaan turvata palveluiden kiireellinen saatavuus ottaen huomioon päivystyspisteiden väliset etäisyydet ja väestön palvelutarve. Tällöin sairaalassa tulee olla soveltuvan kirurgisen erikoisalain ympärivuorokautinen päivystys ja sairaalan tulee pystyä varmistamaan toiminnan laatu, potilasturvallisuus, osaaminen sekä hoidon kokonaisuus, kuten valtakunnallisesti tämän asetuksen 3 §:ssä ja alueellisesti asetuksen 4 §:ssä yliopistollista sairaalaa ylläpitävä sairaanhoitopiiri on päättänyt. Asetus antaa siten yliopistosairaalalle vahvan velvoitteen huolehtia alueen rintasyövän hoidon laadusta sekä erityisesti potilaan ennusteen kannalta tärkeimmän eli leikkaushoidon laadusta. On syytä huomioida, että rintasyövän ensileikkaus ei koskaan ole päivystyksellinen leikkaus ja se kohdistuu pääsääntöisesti suhteellisen nuoriin hyväkuntoisiin naisiin, joilla onnistuneen hoidon jälkeen elinajan odote on usein useita kymmeniä vuosia.

9 § Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1. päivänä xxkuuta 2020.

3 Asetuksen vaikutukset

Taloudelliset vaikutukset

Erikoissairaanhoidon rakenteiden muutoksen taloudelliset vaikutukset ovat kokonaisuus. Erikoissairaanhoidon tehokkuuden ja säästöjen toimeenpanon keskeinen työkalu on sairaalaverkon tiivistäminen ja sairaaloiden toiminnallinen profilointi, joka on toteutettu päivystysuudistuksen ja keskittämisuudistuksen yhdistelmällä.

Tämän asetuksen taloudelliset vaikutukset ovat suhteellisen pieniä.

Asetuksen 6§:n toimenpiteet ovat asetuksella jo hyvin pitkälti keskittyneet yliopistosairaaloihin, vaikka aluehallintoviranomaisten selvitysten mukaan jokaisella erityisvastuualueella kaikkia toiminnallisia tavoitteita ei vielä ole saavutettu. Tämä näkyy osittain siinä, että Oulun yliopistosairaalan erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa ei näy leikkausten ja synnytyksen toteutusta ja Kuopion yliopistosairaalan alueelta järjestämissopimus vielä puuttuu.

Asetuksen 6 §:n toimenpiteiden keskittäminen asetuksenmuutoksella vain yliopistosairaaloihin koskee pienten ryhmien lisäksi käytännössä vain keuhko- ja ruokatorvisyövän keskittämistä Kuopioon Itä-Suomen erityisvastuu alueella sen sijaan, että ne keskitettäisiin Keski-Suomen keskussairaalaan. Kuopion yliopistosairaalassa on ympärivuorokautinen sydän- ja keuhkokirurgian päivystys. Sydänkeskuksessa vuosittain yli 600 sydänleikkausta, joista noin puolet on sepelvaltimoiden ohitusleikkauksia. Keuhkosyövän leikkaushoito on kiireetön toimenpide, mutta edellyttää tiivistä jälkiseurantaan ja toisinaan tehohoidon valvontaa. Näiden leikkausten keskittäminen yliopistosairaalaan vähentää kustannuksia, koska yliopistosairaala joutuu jo nyt joka tapauksessa ylläpitämään sydän- ja keuhkokirurgista päivystystä ja siihen liittyvää alaa osaavaa anestesiolgian päivystystä sekä riittävää tehohoitovalmiutta ja siihen liittyvää osaamista. Kustannusten väheneminen voidaan arvioida olevan noin miljoona euroa.

Asetuksen 7 §:n muutos tekonivelkirurgian ja selkäkirurgian osalta koskee käytännössä vain Pohjois-Suomea, sillä Etelä-Savon maakunnassa ei pienen väestön takia voitane katsoa, että kiireettömiä tekonivel- ja selkäleikkauksia tehtäisiin kahdessa sairaalassa. Jos kuitenkin tähän päädyttäisiin, edellyttäisi asetuksenmuutos ortopedian- ja traumatologian päivystyksen aloittamista Savonlinnan keskussairaalassa. Kustannus tästä huomioiden olisi noin miljoona euroa. Kustannusvaikutusten näkökulmasta ei olisi perusteltua päätyä tällaiseen käytäntöön.

Oulun yliopistosairaalan erityisvastuualueen kaikissa keskussairaaloissa on tällä hetkellä sekä pehmytosakirurgian että ortopedian ja traumatologian ympärivuorokautinen päivystys. Tällöin lisäresursseja ei päivystykseen tältä osin tarvita. Vuoden 2019 alustavien arviotulosten perusteella Kainuun keskussairaalan saavuttaa kiireettömissä tekonivelleikkauksissa noin 600 leikkauksen rajan. Keski-Pohjanmaalla leikkausmäärä jää alle 600 leikkauksen rajan, mutta leikkaustoimintaa lienee tarpeen jatkaa. Keski-Pohjanmaan keskussairaala on suuri synnytyssairaala ja tämän takia sairaalassa on pehmytosakirurgian päivystys. Etäisyys yliopistosairaalaan on 200 kilometriä, joka puoltaa selkeästi myös ortopedian ja traumatologian päivystyksen ylläpitämistä. Säädosmuutos ei aiheuttaisi lisäkustannuksia nykyiseen toimintaan verrattuna, mutta leikkaustoiminnan jatkaminen säädosmuutoksen nojalla vähentäisi vuoden 2017 päivystyksen ja erikoissairaanhoidon uudistuksen yhteydessä huomioon otettua 350 miljoonan euron säästöä, joka vähennettiin kuntien peruspalvelujen valtionosuusmomentilta. Arvioitu kustannusvaikutus on noin miljoona euroa ottaen huomioon myös hoitohenkilökunnan osuuden. Palveluvalikoimaneuvoston uudet selän sairauksien suositukset korostavat konservatiivista kuntouttavaa hoitoa. Kun nyt selkäleikkausten 150 määrä täyttyy lähes jokaisessa keskussairaalassa, uuden suosituksen pitäisi vähentää selkäleikkausten määrää. Tästä voidaan arvioida tulevan vastaavasti yhden miljoonan euron säästöt, kun selkäleikkaukset loppuvat aikaisempaa laajemmin pienissä

keskussairaaloissa.

Paksunsuolen syövän kirurginen hoito keskittyy laajan pätevyyden sairaaloihin yliopistosairaalan ohjauksessa. Tämä tarkoittaa leikkausten jatkumista joissain sairaaloissa, joista ne muuten loppuisivat. Tästä aiheutuu aikaisempaan arvioon verrattuna lisäkustannusta. Toisaalta rintasyövän hoito keskittyy suunniteltua enemmän, jolloin se kompensoi lisääntyneitä laskennallista kustannusta. Rintasyövän hoidon kehitys on ollut nopeaa ja sekä leikkaushoidon ja lääkehoidon osalta muun muassa geeni- ja bioteknologian avulla. Tämä korostaa yliopistosairaaloiden asemaa tuoreimman, parhaan osaamisen sairaaloina. Koska sairastuneet ovat suhteellisen nuoria, hyväkuntoisia naisia, he käyttävät enemmän lain sallimaa vapaata hoitopaikan valintaa. Vapaan hoitopaikan valinnan merkitys näkyy jo vahvana tekoniivelkirurgiassa, jossa näihin erikoistunut sairaala tekee jo noin 2.000 vuosittaista tekoniivelleikkausta oman alueensa ulkopuolisille vapaan hoitopaikan valinnan perusteella.

Kun otetaan huomioon toisaalta kustannusten väheneminen ja toisaalta jo tehdyn kustannussäästön väheneminen, esitys olisi vaikutuksiltaan kustannusneutraali.

Vaikutukset viranomaisten toimintaan

Terveystieteiden edellyttää järjestämissopimuksilta kuvausta työnjaosta ja toiminnan yhteensovittamisesta. Monipuolista kirurgista ja muuta erikoissairaanhoidon on vaikea toteuttaa pirstaleisessa sairaalaverkossa, jossa osalla on pienet väestöpohjat. Toimenpiteiden saatavuus vaihtelee ja nykyaikaisia hoitoja ei ole kyetty tarjoamaan tasapuolisesti koko väestölle.

Hoidon ja osaamisen kokoaminen tulee tapahtua eri toimijoiden yhteistyönä. 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. Käytännössä ERVA-alueella pitää yliopistosairaalan johdolla päättää yksiköt, jotka varustetaan esimerkiksi tekoniivelkirurgiaa varten, jolloin niille ohjataan resurssit ja potilaat.

Asetuksen muutoksella vahvistetaan ERVA-alueen vastuuta päättää sairaalaverkosta ja niissä tehdyistä vaativista toimenpiteistä. Asetus myös lisää yliopistosairaalan asemaa alueellaan vaativassa hoidossa. Näin tuetaan yliopistosairaaloiden mahdollisuutta erikoislääkärikoulutuksessa ja tieteellisessä tutkimuksessa. Muun muassa syövän hoidon osalta tätä on tehty aikaisemmin annetun asetuksen 4 §:ssä, jossa viiden yliopistollista sairaalaa ylläpitävän sairaanhoitopiiriin tehtäväksi on annettu huolehtia syövän ehkäisyn, diagnostiikan, hoidon ja kuntoutuksen suunnittelua ja toiminnan yhteensovittamista koskevat tehtävät valtakunnallisessa yhteistyössä ja huolehtien toiminnan tutkimuksellisesta pohjasta. Tätä tehtävää tukemaan sairaanhoitopiirit ja alueen yliopistot ovat perustaneet kansallisen ja alueelliset syöpäkeskukset.

Ehdotettujen 7 §:n muutosten myötä valvontaviranomainen joutuu tarkastelemaan määriä nykyisestä poikkeavalla tavalla ja ottamaan huomioon, miten järjestämissopimuksessa on sovittu mahdollisuudet alittaa vaadittu määrä ja miten potilasturvallisuus ja laatu on otettu huomioon.

Vaikutukset kuntalaisiin

Sosiaali- ja terveystalvelujen tarve lisääntyy väestön ikääntymisen takia selvästi väestönkasvua nopeammin. Palvelutarpeisiin vastaaminen edellyttää sekä palveluiden järjestämisen, että tuotannon uutta organisointia. Palvelujen saavutettavuudella on suurin merkitys kiireellisessä hoidossa. Kiireettömissä hoidoissa keskittämällä saavutetaan etuja hoitotasossa ja tuottavuudessa, vaikka pitemmät matkat kasvattavat yhteiskunnan ja potilaiden maksamia matkakustannuksia.

Keskitettyjä palveluita tarvitaan hyvin harvoin, monia vain kerran elämässä. Kiireettömään hoitoon voidaan matkustaa yleisellä kulkuneuvolla, jolloin matkakustannus potilaalle ja yhteiskunnalle on pieni. Matkustamiseen liittyvän vaivan ja kustannusten vastapainona saadaan vaikuttavaa ja laadukasta hoitoa.

Terveystalveluolain mukaan asiakas saa valita hoitopaikkansa kiireettömässä hoidossa. Keskittäminen koskee vain kaikkein vaativimpia ja harvinaisimpia hoitoja, joten potilaalle jää muilta osin valinnanvaraa ja hän voi ottaa huomioon omat tarpeensa esim. sairaalan tarjoaman kielivalikoiman suhteen.

Potilasvakuutuskeskukselle tehtiin 8 522 potilasvahinkoilmoitusta vuonna 2018. Käsitellyistä tapauksista noin neljännes johti korvausten maksamiseen. Vuonna 2018 korvauksia maksettiin 40,7 miljoonaa euroa, mikä sisältää korvaustoiminnan hoitokulut. Yleisimmät korvatut potilasvahingot ovat lonkan, polven tekonivelleikkaukset ja selkäleikkaukset.

Suomessa ortopedian ja traumatologian leikkaustoiminta on aikaisemmin levinnyt hyvin laajalle sekä yksityisiin että julkisiin yksiköihin. Väestön ikääntyminen, tuki- ja liikuntaelinkirurgian tarpeen lisääntyminen sekä ortopedian ja traumatologian eriytyminen omaksi erikoisalukseksi kirurgiasta ovat johtaneet ortopedian ja traumatologian toimenpidetarpeen ja sitä kautta erikoislääkärien 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 ja toteutuksessa. Huonosti asetetut leikkausaiheet johtavat huonoihin tuloksiin ja korkeisiin kustannuksiin. Erityisvastuualueen järjestämssopimuksessa joudutaan huolehtimaan riittävän osaamisen varmentamisesta ennen kuin poikkeamista voidaan realistisesti sopia.

Kymmenestä yleisimmästä syöpämuodosta kahdeksan on kiinteiden kasvainten aiheuttamia syöpiä, joiden ensisijainen parantava hoito on kirurginen. Nykyään käytetään myös lisääntyvästi lääke- ja sädehoitoja, jotka räätälöidään potilaan ja kasvaintyyppin mukaan. Potilaille vaativien ja raskaiden syöpähoitojen keskittäminen

harvempiin sairaaloihin merkitsee matkustamista, mutta samalla se tarjoaa kaikille yhdenvertaisen mahdollisuuden saada hyvää, laadukasta ja vaikuttavaa syövän hoitoa. Erityisvastuualueen järjestämissopimuksessa tuleekin turvata riittävä hoitoketju ja osaaminen eri tahoilla.

Yhteiskunnalliset vaikutukset

Sosiaali- ja terveystalouden järjestäminen kytkeytyy tiiviisti yhteiskunnan muuhun kehitykseen. Terveystalouden nykyinen moniosainen ja -tasoinen sairaalaverkko ei vastaa enää nykyisten hoitomuotojen tarpeita ja palvelujen kysyntää. Keskittämällä palveluja suurempiin yksiköihin voidaan parantaa hoidon tasoa ja saavuttaa kustannussäästöjä. Terveystalouden vaativien palvelun katoaminen voi heijastua myös alueen muihin palveluihin, mikä voi vauhdittaa väestön vähenemistä. Arjen palveluasiointi ja työssäkäynti muodostavat toiminnallisia aluekokonaisuuksia, joiden tunnistaminen on tärkeää suunniteltaessa palveluverkkoa. Vaativien hoitojen keskittyminen voi siten vaikuttaa syrjäisten alueiden elinvoimaisuuteen ja työllisyyteen, koska terveystalouden palvelut ovat varsin työvoimaintensiivisiä.

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

Asetus antaa yliopistosairaaloiden erityisvastuualueille mahdollisuuden itse arvioida ja päättää erikoissairaanhoidon järjestämissopimuksessa, missä alueella on tarkoituksenmukaista toteuttaa esimerkiksi tekonivelleikkauksia ja muuta vaativaa kiireetöntä ortopediaa. Asetuksessa määritellään vuosittaisia minimileikkausmääriä, jonka ortopediaa arvioineet selvitysmiehet ovat katsoneet laadun takaamiseksi tarpeelliseksi.

4 Asian valmistelu

Valtioneuvoston asetuksen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä sekä valtioneuvoston asetuksen kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä edellyttämällä tavalla sosiaali- ja terveystalouden alaisuudessa toimii kansallinen koordinaatioryhmä päivystyksen, erikoissairaanhoidon työnjaon ja toimintojen keskittämisen, näillä uudistuksilla tavoiteltujen taloudellisten vaikutusten sekä yhtenäisiin hoidon perusteisiin sitoutumisen seurantaan varten. Sairaanhoidopiirien joissa on yliopistollinen sairaala, ovat kahdesti vuodessa laatineet ja toimittaneet sosiaali- ja terveystalouden ministeriölle selvitys siitä, miten kiireellistä hoitoa koskeva työnjako ja tavoitellut taloudelliset vaikutukset sekä sitoutuminen yhtenäisiin hoidon perusteisiin ovat toteutuneet. Sosiaali- ja terveystalouden ministeriö on aikaisempien asetusten seurantaan varten teettänyt kaksi selvitysraporttia annettujen asetusten vaikutuksista.

Aluehallintovirastot Valviran kanssa ovat seuranneet toimintaa ja asetuksen toteutumista alueilla sekä ryhtyneet tarvittaviin toimenpiteisiin.

Valtioneuvoston asetuksen erikoissairaanhoidon työnjaosta ja eräiden tehtävien keskittämisestä annetun valtioneuvoston asetuksen muuttamisesta on pyydetty lausunnot....

5 Voimaantulo

Tämä asetus tulee voimaan 1 päivänä kesäkuuta 2020.

LUONNOS