

SUVI MÄKLIN, MARJUKKA MÄKELÄ

Hoitoon pääsy syöpätaudeissa

Kysely sairaanhoitopiireille elokuussa 2008



Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus

postimyynti: Stakes / Asiakaspalvelut PL 220, 00531 Helsinki
puhelin: (09) 3967 2190, (09) 3967 2308 (automaatti)
faksi: (09) 3967 2450 • Internet: www.stakes.fi

Suvi Mäklin, Marjukka Mäkelä. Hoitoon pääsy syöpätaudeissa. Kysely sairaanhoitopiireille elokuussa 2008. Stakes, Työpapereita 33/2008. 24 sivua, hinta 10 €. Helsinki 2008.

© Kirjoittajat ja Stakes

Taitto: Christine Strid

ISBN 978-951-33-2228-1 (nid.)

ISSN 1795-8091 (nid.)

ISBN 978-951-33-2229-8 (PDF)

ISSN 1795-8105 (PDF)

Stakes, Helsinki 2008

Valopaino Oy

Helsinki 2008

Esipuhe

Suomen Onkologiyhdistys ry selvitti toukokuussa 2008 pääsyä syövän säde- ja lääkehoitoihin Suomessa. Selvityksen kohteena oli 12 keskussairaala ja niissä joko sädehoidon tai syövän lääkehoidon 12.–16.5.2008 aloittaneet potilaat. Selvityksen mukaan syöpähoitoon pääsyn viive on usein tarpeettoman pitkä. Eri keskussairaaloissa keskimääräinen aika syöpäleikkauksesta lääkehoidon aloittamiseen vaihteli 30–95 vuorokauden välillä ja leikkauksesta sädehoidon aloittamiseen 28–67 vuorokauden välillä.

Peruspalveluministeri Paula Risikko keskusteli syöpähoitojen viiveistä 23.6.2008 yliopistosairaaloiden syöpätautien ylilääkärien kanssa. Kokouksen jälkeen sosiaali- ja terveysministeriö pyysi Stakesia selvittämään kyselyn avulla,

- miten nopeasti potilaat eri sairaanhoitopiireissä pääsevät syöpähoitoihin ja
 - miten piirit aikovat poistaa hoitojärjestelmästä johtuvat viiveet syöpähoitoihin pääsyssä.
- Selvityksen toteutti Terveystieteiden tutkimuskeskus Finhohta.

Erityisvastuualueiden syöpätautien klinikoiden ylilääkärit sekä Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja Stakesin edustajat on kutsuttu syyskuussa peruspalveluministeri Risikon johdolla tarkastelemaan sairaanhoitopiirien tilannetta ja ehdotuksia tämän kyselyn pohjalta. Näiden perusteella laaditaan valtakunnallinen toimintasuunnitelma.

Kiitän lämpimästi sairaanhoitopiirien asiantuntijoita, jotka vastasivat kyselyyn huolellisesti ja nopeasti. Lisäksi kiitän kaikkia Stakesin asiantuntijoita, jotka osallistuivat kyselyn suunnitteluun ja toteutukseen tai kommentoivat raportin eri versioita. Toivon, että tulokset ovat hyödyksi suunniteltaessa syöpähoitojen toteuttamista Suomessa.

Mauno Konttinen
pääjohtaja
Stakes

Sisällys

Esipuhe

AINEISTO JA MENETELMÄT.....	7
TULOKSET.....	8
Viiveet hoitoon pääsyssä.....	8
Henkilöstö	10
Laitteet ja tilat.....	11
Yhteistyö ja työnjako	12
Mahdollisia keinoja viiveiden vähentämiseksi	12
Muita kommentteja sairaanhoitopiireiltä	13
Tietoja muista lähteistä	14
POHDINTA.....	16
Kyselyn etuja ja haittoja	16
Ammattilaisten puute suurin ongelma	16
Hoitoketjujen katkeaminen huolena.....	17
Tilat, laitteet ja lääkkeet	17
Jatkoselvitysten tarve.....	18
Lähteet.....	19
Liite 1. Lääkärivajeprosentti erikoisaloittain 3.10.2007.....	21
Liite 2. Sairaalafysikot ry:n ennuste fyysikoiden sijoittumisesta virkoihin 8/2005	22
Liite 3. Sädehoitolaitteet OECD-maissa vuonna 2006.....	23

AINEISTO JA MENETELMÄT

Selvitys toteutettiin lähettämällä kyselylomake kaikkiin sairaanhoitopiireihin. Kyselyssä kartoitettiin viiveitä syöpähoitoihin pääsyssä eri sairaanhoitopiireissä sekä mahdollisia syitä viiveisiin. Kysymykset koskivat syöpää hoitavan terveydenhuollon henkilöstön riittävyyttä, laitteiden ja tilojen soveltuvuutta sekä yhteistyön toimivuutta syövän hoidossa. Lisäksi kysyttiin, millä keinoin syöpähoitojen viiveitä olisi mahdollista vähentää.

Kysely osoitettiin ministeriön pyynnöstä sairaanhoitopiirien hallituksille, joiden toivottiin kuulevan kyselyyn vastatessaan piirien johtajia sekä syöpätautien hoidosta vastaavia ylilääkäreitä. Kysely lähetettiin kaikkiin sairaanhoitopiireihin 28.7.2008 ja vastausaikaa oli vajaa kuukausi, 22.8. saakka. Nopeasta aikataulusta johtuen ei sairaanhoitopiirejä edellytetty toimittamaan tarkkoja laskelmia viiveistä, vaan kyselyllä koottiin asiantuntijoiden arvioita oman sairaanhoitopiirin tilanteesta. Viivettä ei määritelty kyselylomakkeessa. Tietoja saatiin myös Säteilyturvakeskuksesta sädehoitolaitteiden, Sairaalafysikot ry:ltä fyysikkojen määrän ja Kunnalliselta työmarkkinailaitokselta onkologioiden määrän osalta. Tarvittaessa tilanteesta voidaan tehdä lisäselvityksiä esimerkiksi hoitoilmoitusrekisterin, syöpärekisterin ja mahdollisen erillisen laskennan avulla.

Kaikki 21 sairaanhoitopiiriä vastasivat kyselyyn. Kaikki eivät kuitenkaan vastanneet jokaiseen kysymykseen ja joistakin sairaanhoitopiireistä lähetettiin useampia vastauslomakkeita. Mikäli samasta sairaanhoitopiiristä saatiin enemmän kuin yksi lomake, tiedot yhdistettiin yhdeksi vastaukseksi. Jos piirin vastaukset poikkesivat toisistaan (esim. eri erikoisaloilla viiveitä eri tavalla), laskettiin pisteytyksen keskiarvo; jos keskiarvo asettui kahden vaihtoehdon väliin, valittiin vastaukseksi huonompi vaihtoehto.

Kyselylomakkeessa esitettiin mahdollisia keinoja viiveiden vähentämiseksi ja vastaajia pyydettiin numeroimaan viisi mielestään tärkeintä keinoa (5 = tärkein, 1 = vähiten tärkeä). Keinojen merkityksestä pyydettiin erikseen sairaanhoitopiirien ja niiden syöpäklinikoiden kanta. Vastausten pisteet laskettiin yhteen, jotta voitiin verrata piirien ja syöpäklinikoiden näkemyksiä keskenään.

Tulokset on esitetty pääosin taulukoissa, joita täydentävät tekstissä raportoidut sanalliset vastaukset. Yleisimpien kommenttien lisäksi myös yksittäisten sairaanhoitopiirien vastauksia on poimittu esiin. Positiivista palautetta saaneita toimintamalleja esitetään esimerkkeinä. Tuloksia tarkasteltiin suhteessa sairaanhoitopiirien kokoon sekä erityisvastuualueeseen ja yliopistosairaanhoitopiirejä verrattiin muihin sairaanhoitopiireihin.

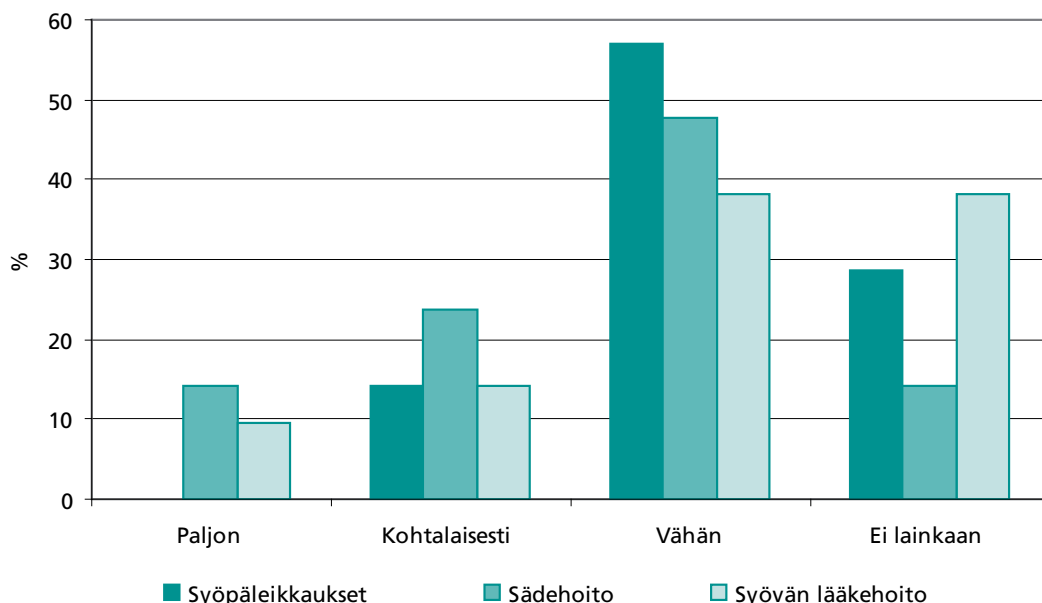
TULOKSET

Viiveet hoitoon pääsyssä

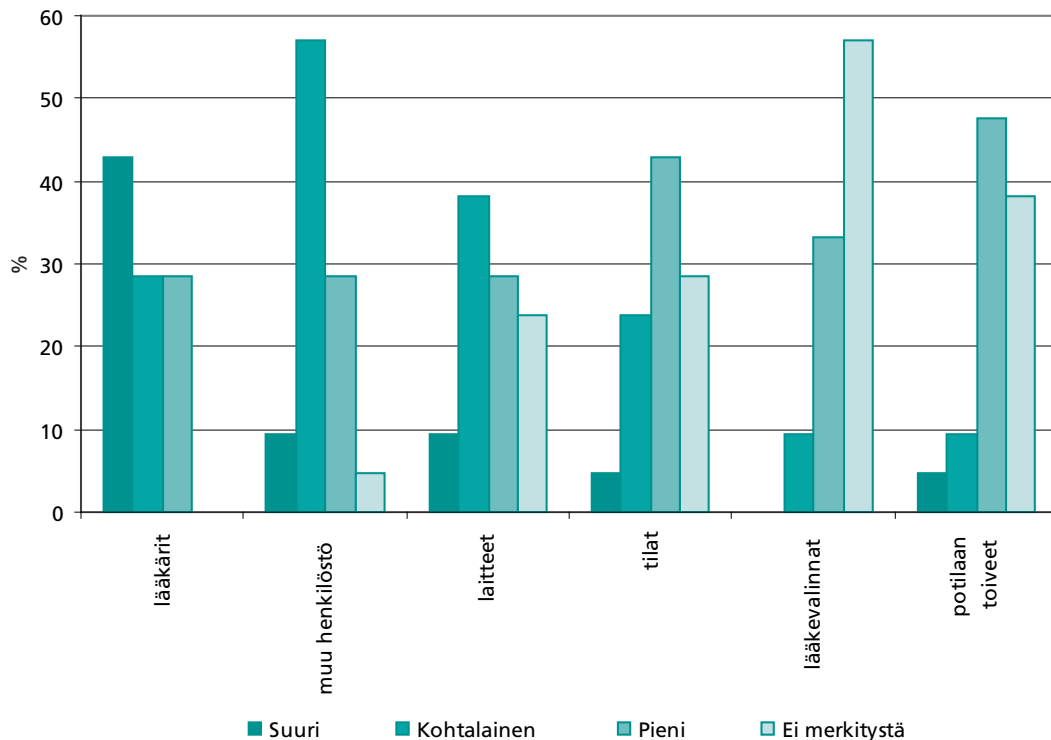
Syöpäleikkauksiin pääsemisessä arvioitiin viiveitä olevan vain vähän tai ei lainkaan (kuvio 1). Lähes kolmasosa vastanneista arvioi, ettei viiveitä ole lainkaan, ja yli puolet vastaajista arvioi niitä olevan vähän. Sädehoitoon ja syövän lääkehoitoon pääsyssä jakauma oli samansuuntainen; suurin osa vastaajista arvioi viiveitä olevan vähän tai ei lainkaan. Yhdessäkään sairaanhoitopiirissä ei arvioitu olevan paljon viiveitä syöpäleikkauksiin pääsyssä. Sädehoitoon tai syövän lääkehoitoon pääsemisessä viiveitä sen sijaan arvioitiin olevan paljon yliopistosairaanhoitopiireissä, lukuun ottamatta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä viiveitä arvioidaan olevan paljon sekä sädehoitoon että syövän lääkehoitoon pääsyssä, ja kohtalaisesti syöpäleikkauksiin pääsyssä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä viiveitä arvioitiin olevan paljon syövän lääkehoitoon pääsemisessä ja kohtalaisesti sädehoitoon sekä leikkauksiin pääsemisessä. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ilmoitettiin paljon viiveitä sädehoidossa, mutta vähän leikkauksiin tai lääkehoitoon pääsemisessä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä viiveitä oli paljon sädehoitoon, kohtalaisesti lääkehoitoon ja vähän syöpäleikkauksiin pääsyssä. Paras tilanne näyttäisi olevan Etelä-Pohjanmaan ja Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiireissä, joissa ei vastaajien mukaan ole lainkaan viiveitä.

Vastaajia pyydettiin myös arvioimaan eri tekijöiden merkitystä mahdollisten viiveiden aiheuttajina (kuvio 2). Suurin merkitys nähtiin olevan lääkärripulalla, muun henkilöstön merkitystä pidettiin pääosin kohtalaisena tai pienenä. Laitteiden merkitys oli kohtalainen ja tilojen pieni, mutta näiden kahden tekijän kohdalla myös vaihtelu oli suurinta eri sairaanhoitopiirien välillä. Potilaan toiveiden vaikutusta pidettiin vähäisenä. Yli 60 prosenttia vastaajista ei nähnyt lääkevalinnoilla merkitystä mahdollisten viiveiden aiheuttajana.

Pienemmissä sairaanhoitopiireissä (Itä-Savo, Länsi-Pohja) arvioitiin *syöpäleikkauksiin pääsyssä esiintyvien viiveiden* olevan satunnaisia, loma-ajoista tai kirurgien puutteesta johtuvia. Sujuvan hoidon arvioitiin olevan ennen muuta operatiivisten erikoisalojen hyvän lääkäritilanteen ansiota.



KUVIO 1. Sairaanhoitopiirien (N = 21) arvio viiveistä syöpähoitoihin pääsyssä, % kaikista



KUVIO 2. Piirin (N = 21) käsitys eri tekijöiden merkityksestä syöpähoidon mahdollisten viiveiden aiheuttajana, % kaikista

Moni arvioi viiveiden syntyvän kuvantamispalveluissa ja patologiassa, ja niin tutkimus- kuin hoitoprosessinkin eri vaiheissa aiheutuvien vähäisten viiveiden todettiin kumuloituvan ennen leikkausta. Erikseen mainittiin urologien vähäisyydestä johtuvat viiveet eturauhassyöpöpotilaiden radikaaliprostatektomioissa (Pirkanmaa), leikkaussalihoitajien puute (HUS) sekä yliopistolliseen sairaalaan keskitetyissä hoidoissa olevat jonot (Satakunta, Kymenlaakso).

Sädehoitoon pääsyn viiveiden katsottiin aiheutuvan ennen kaikkea lääkäripulasta: lääkäri- virkoja on täyttämättä; virkaphojia ei ole riittävästi; koulutettavien lääkäreiden ohjaus vie seniorilääkäreiden aikaa; sädehoidon suunnittelutarkeus on muuttunut aiempaa vaativammaksi. Esimerkiksi Pirkanmaalla STUK:n suositusten mukainen laskennallinen tarve on seitsemän sädehoidon erikoislääkäreitä, ja tällä hetkellä sädehoidossa on vakinaisesti 2,5 erikoislääkäreitä. Lääkäreiden lisäksi pulaa todettiin olevan myös fyysikoista, röntgenhoitajista sekä sädehoidon laiteresursseista. Monesta sairaanhoitopiiristä potilaat lähetetään sädehoitoon yliopistollisiin tai muihin suurempiin keskussairaaloihin, ja viiveet hoitoon pääsyssä riippuvat näiden jonotilanteesta. Oulun yliopistollinen sairaala vastaa koko Pohjois-Suomen sädehoidoista, joten siellä esiintyvät jonot aiheuttavat viivettä useassa sairaanhoitopiirissä.

Henkilökuntapulaa pidettiin yleisimpänä syynä myös *syövän lääkehoidossa* esiintyviin viiveisiin. Puutetta on niin oman sairaalan onkologeista, konsultoivista onkologeista kuin sytostaattipoliklinikan sairaanhoitajistakin. Henkilökunnan vähäisyys aiheuttaa monin paikoin satunnaisia viiveitä etenkin kesäloma-aikaan sekä yllättävien sairaslomien tai ruuhkaheippujen vuoksi. Moni sairaanhoitopiiri toimii yhden onkologin varassa, mikä tekee hoitojärjestelmistä erittäin haavoittuvaisia. Lisäksi viiveitä raportoitiiin aiheutuvan diagnostiikassa, radiologian ja patologian resurssipulan takia. Viiveettömyydestä kiitettiin toimivia onkologipalveluja (Itä-Savo), sekä ”henkilökunnan venymistä henkilöstöpuulasta huolimatta” (Länsi-Pohja).

Henkilöstö

Kyselyn toisessa osassa kartoitettiin tarkemmin sairaanhoitopiirien näkemyksiä henkilöstön riittävydestä ja vaihtuvuudesta. Kaikista syöpää päätyönään hoitavista terveydenhuollon ammattihenkilöistä suurin puute on onkologeista (taulukko 1); ainoastaan kahdessa sairaanhoitopiirissä onkologeja todetaan olevan riittävästi ja yli puolet vastaajista ilmoitti, että onkologeista on vaikea puute. Radiologien riittävyys suhteessa tarpeeseen vaihtelee sairaanhoitopiireittäin, mutta suurin pula näyttää olevan HYKS:n ja TYKS:n erityisvastuualueilla. Kirurgien, muiden erikoislääkäreiden, röntgenhoitajien ja muiden ammattilaisten puute on pääosin satunnaista. Muista ammattiryhmistä mainittiin erikseen fyysikot ja syöpäsairaanhoitajat.

Säteilyturvakeskuksen suosituksen mukaan sädehoitoon pätevyityneillä lääkäreillä tulisi olla 200–250 potilasta vuodessa. Arvio tällaisten lääkäreiden potilasmäärästä saatiin viidestätoista sairaanhoitopiiristä, jotka kaikki totesivat uusia potilaita olevan vuosittain yli 250 lääkäriä kohti. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä arvioitiin potilaita olevan vuosittain noin 450 yhtä sädehoitoon pätevyitynyttä lääkäriä kohti.

Vain noin viidesosassa sytostaattipoliklinikoista on kylliksi lääkäreitä ja muun henkilöstön osalta tilanne on vain hieman parempi (taulukko 2). Paras tilanne on Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä, jossa sekä lääkäreitä että muuta henkilöstöä on riittävästi. Merkittävä henkilöstövajaus molemmissa ryhmissä on puolestaan Pirkanmaan, Keski-Suomen, Kymenlaakson ja Pohjois-Savon sairaanhoitopiireissä.

Terveydenhuollon ammattihenkilöstön vaihtuvuus koettiin pääasiassa pieneksi (taulukko 3). Pirkanmaan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä korostettiin syöpätauteja hoitavien ammattilaisten sitoutuneisuutta selityksenä vähäiseen vaihtuvuuteen. Pohjois-Savossa puolestaan tilanne on päinvastainen; syöpätautien erikoisalalta on erityisesti viime vuosina hakeuduttu muualle. Lisäksi terveyskeskuslääkäreiden vaihtuvuuden arvioitiin vaikuttavan erikoissairaanhoidon sujuvuuteen.

TAULUKKO 1. Sairaanhoitopiirien (N = 21) käsitys syöpää päätyönään hoitavien terveydenhuollon ammattihenkilöiden riittävydestä suhteessa tarpeeseen, n (%)

	Riittävästi	Satunnaista puutetta	Vaikea puute
Onkologit	2 (10 %)	6 (29 %)	13 (62 %)
Radiologit	9 (43 %)	8 (38 %)	4 (19 %)
Kirurgit	10 (48 %)	11 (52 %)	-
Muut erikoislääkärit	6 (29 %)	14 (67 %)	-
Röntgenhoitajat	9 (43 %)	9 (43 %)	3 (14 %)
Muut, mitkä	7 (33 %)	7 (33 %)	2 (10 %)

TAULUKKO 2. Sairaanhoitopiirien (N = 21) käsitys henkilöstön riittävydestä sytostaattipoliklinikalla vuosittain hoidettavaan potilasmäärään nähden, n (%)

	Riittävästi	Hieman vajausta	Merkittävä vajaus
Lääkärit	4 (19 %)	7 (33 %)	10 (48 %)
Muu henkilöstö	6 (29 %)	11 (52 %)	4 (19 %)

TAULUKKO 3. Sairaanhoitopiirien (N = 21) käsitys terveydenhuollon ammattihenkilöstön vaihtuvuudesta, n (%)

Suuri	Kohtalainen	Pieni	Ei merkitystä
1 (5 %)	3 (14 %)	15 (71 %)	2 (10 %)

Eri ammattiryhmistä ylivoimaisesti eniten ongelmia aiheuttaa lääkäreiden, erityisesti onkologien, mutta myös muiden erikoislääkäreiden puute. Niukkuutta koetaan olevan sekä avoimiin virkoihin hakijoista että virkapohjista. Muihin Pohjoismaihin verrattuna lääkäreiden virkamääriä pidettiin alimitoitettuina hoidon vaativuuteen ja potilasmääriin nähden, ja onkologian ja sädehoidon erikoislääkäreiden koulutuspaikkoja todetaan olevan liian vähän. Myös radiologeista on puutetta, mikä heikentää kuvantamistutkimusten saatavuutta. Muista ammattiryhmistä erikseen mainitaan fyysikot sekä teho-osaston hoitohenkilöstö, joiden puute aiheuttaa ongelmia.

Laitteet ja tilat

Sädehoitolaitteiden ja sädehoidon oheislaitteiston määrä ja ikä vastaa tarvetta viidessä sairaanhoitopiirissä ja yhtä monessa on pientä laitevajausta (taulukko 4). Kysymykseen ovat vastanneet vain sädehoitoa antavat sairaanhoitopiirit sekä yksi piiri, jossa laitteiden asentaminen on meneillään. Kahdessa sairaanhoitopiirissä on merkittävä laitevajausta; toisessa näistä uuden sädehoitolaitteen hankinta ja vastaava henkilöstölisäys on suunnitteilla vuodelle 2009 (Satakunta).

Normaalikäytössä sädehoitolaitteet ovat kymmenessä sairaanhoitopiirissä ja kahdessa raportoidaan olevan ylikuormitusta. Kymenlaaksossa ylikuormituksen koetaan aiheutuvan siitä, että yksi sädehoitolaite on alueelle liian vähän. Pohjois-Pohjanmaalla syyksi puolestaan nähdään vanhan lineaarikiihdyttimen huono teho. Pirkanmaan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirit täydensivät vastausta kertomalla, että sädehoitoja annetaan myös iltaisin virka-ajan ulkopuolella. Vajaakäyttöä ei raportoitu.

Syöpöpotilaiden hoitotilojen koetaan vastaavan tarvetta (taulukko 5) ainoastaan viidessä sairaanhoitopiirissä (Keski-Suomi, Lappi, Pirkanmaa, Pohjois-Karjala ja Päijät-Häme). Kahdeksassa sairaanhoitopiirissä tiloja pidetään soveltuvina, mutta niukkoina ja kahdeksan piiriä piti tilojaan puutteellisina niin kooltaan kuin sopivuudeltaankin. Useassa sairaanhoitopiirissä suunnitellaan parhaillaan syöpähoidon tilojen remonttia. Vastauksissa korostettiin myös huolta siitä, että tulevaisuudessa syöpien määrän kasvu ja hoitojen monimutkaistuminen lisää tilantarvetta entisestään.

TAULUKKO 4. Sairanhoitopiirien (N = 12) käsitys sädehoitolaitteiden ja sädehoidon oheislaitteiston määrä ja ikä suhteessa tarpeeseen, n (%)

Vastaa tarvetta	Pientä laitevajausta	Merkittävä laitevajausta
5 (42 %)	5 (42 %)	2 (17 %)

TAULUKKO 5. Sairanhoitopiirien (N = 21) käsitys syöpöpotilaiden hoitotilojen riittävydestä ja soveltuvuudesta suhteessa tarpeeseen, n (%)

Vastaa tarvetta	Tilat soveltuvat, mutta niukat	Tilat suuret, mutta sopimattomat	Tilat puutteelliset sekä kooltaan että sopivuudeltaan
5 (24 %)	8 (38 %)	- (0 %)	8 (38 %)

Yhteistyö ja työnjako

Yhteistyö syövän hoidossa toimii erityisvastuualueilla pääosin hyvin, jopa ihanteellisesti (taulukko 6). Yhteistyön koetaan toimivan erinomaisesti TAYS:n erityisvastuualueella, jossa runsaasti kiitosta sai eri sairaaloiden välinen yhteistyö, erityisesti Etelä-Pohjanmaan ja Vaasan sairaanhoitopiirien välinen yhteistyön kehittämishanke, SyteV. SyteV-projektissa määritellyt säännölliset tapaamiset ja yhteiset hoitolinjaukset edistävät työnjaon saumattomuutta ja huomautettavaa oli lähinnä yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa. Suuria ongelmia raportoitiin ainoastaan OYS:n erityisvastuualueella, mutta vastaajat tarkensivat näiden johtuvan onkologi- ja gastroenterokirurgipulasta alueen keskussairaaloissa. Yhteistyön todettiin kuitenkin olevan mutkatonta ja hengeltään joustavaa.

TAULUKKO 6. Sairaanhoitopiirien (N = 21) käsitys yhteistyön toimivuudesta syövän hoidossa erityisvastuualueilla, n (%)

Ihanteellisesti	Hyvin	Pieniä ongelmia	Suuria ongelmia
2 (10 %)	15 (71 %)	3 (14 %)	1 (5 %)

Mahdollisia keinoja viiveiden vähentämiseksi

Kyselylomakkeessa pyydettiin arvioimaan sekä sairaanhoitopiiriin että syöpäklinikan näkökulmasta keinoja, joilla syöpähoitojen viiveitä on mahdollista vähentää. Vaihtoehtoja oli yksitoista, joista pyydettiin valitsemaan viisi tärkeintä keinoa sekä asettamaan ne tärkeysjärjestykseen. Tärkein viidestä sai 5 pistettä, seuraavaksi tärkein 4 pistettä jne. Luettelossa oli tilaa myös muiden keinojen lisäämiseen, mutta vain satunnaisia uusia ehdotuksia saatiin: viivettä läheteiden saapumisessa syöpäpoliklinikalle tulee vähentää, henkilöstön täydennyskoulutusta ja erityisesti koulutusta hoitojen kiireellisyyden arvioinnista lisättävä. Taulukossa 7 on esitetty sairaanhoitopiirien ja syöpäklinikoiden antamat pisteet yhteen laskettuina.

Tärkeimpinä keinoina viiveiden vähentämiseen pidettiin virkojen täyttöasteen ja hoitoprosessien parantamista, syöpätautien alan houkuttelevuuden lisäämistä sekä hoidon porrastuksen tehostamista. Syöpäklinikoiden vastauksissa tärkeimmäksi nousi vakanssien lisääminen, kun sairaanhoitopiirit antoivat tälle vaihtoehdolle vain hajaan. Syöpäklinikat kokivat myös lisäinvestoinnit hoitolaitteisiin hieman tärkeämmäksi kuin sairaanhoitopiirit, jotka puolestaan korostavat syöpäklinikoita enemmän keskittymistä kustannusvaikuttavuudeltaan parhaisiin hoitoihin. Uusien hoitojen käyttöönottoa pidettiin vähiten tärkeänä korjauskeinona.

TAULUKKO 7. Tärkeimmät keinot syöpähoitojen viiveiden vähentämiseksi. Raportoitu erikseen sairaanhoitopiiriin ja syöpäklinikoiden antamat pisteet (5 = tärkein, 1 = vähiten tärkeä) sekä molemmat yhteenlaskettuina

Keinot	Yhteenlasketut pisteet (shp:t ja syöpäklinikat)	Sairaanhoitopiiri	Syöpäklinikka
Virkojen täyttöasteen parantaminen	98	52	46
Hoitoprosessien parantaminen	81	41	40
Syöpätautien alan houkuttelevuuden lisääminen	80	42	38
Vakanssien lisääminen	72	19	53
Hoidon porrastuksen parantaminen	69	37	32
Sairaanhoitopiirien sisäisten voimavarojen uudelleen jakaminen	61	31	30
Keskittyminen kustannusvaikutavuudeltaan parhaisiin hoitoihin	41	26	15
Muutokset henkilöstön työnjaossa	28	18	10
Lisäinvestoinnit hoitolaitteisiin	25	8	17
Ylitöiden houkuttelevuuden lisääminen	17	8	13
Uusien hoitojen käyttöönotto	3	0	3

Muita kommentteja sairaanhoitopiireiltä

Kyselylomakkeeseen oli varattu tilaa muille kommentteille, joita saatiinkin paljon. Suurin osa vastauksista liittyi henkilöstöön tai yhteistyöhön, eikä laitteita tai tiloja kommentoitu tässä kohdassa lainkaan. Muutamassa vastauksessa korostetaan sitä, että viiveitä aiheutuu tutkimuksiin pääsyssä, diagnostiikassa sekä potilaiden siirtyessä erikoisalalta toiselle tai eri sairaalaan. Keskittämiseen otettiin kantaa vain yhdessä vastauksessa, jossa todettiin sen olevan edelleen järkevää lasten syöpähoitojen osalta.

Vastauksissa painotetaan yhteistyön merkitystä. Syöpäpotilaan kokonaisvaltainen hoito edellyttää toimivaa työnjakoa paitsi eri erikoisalojen välillä, myös eri sairaaloiden ja terveyskeskusten välillä. Yliopistosairaalan ja keskussairaalan välisestä yhteistyöstä kiitettiin toimivaksi malliksi Päijät-Hämeessä sijaitsevaa satelliittiyksikköä, jonka syöpälääkärit ovat Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin ja muu henkilökunta pääasiassa Päijät-Hämeen keskussairaalan palveluksessa. Yliopistosairaalan vastuulla on hoidon toteutus ja seuranta sekä erikoistumiskoulutuksen suunnittelu ja ohjaus. Suuremman yksikön koetaan helpottavan rekrytointia, sijaisten saantia, toiminnan kehittämistä ja kuormitushuippujen hoitamista.

Monissa kyselyn kohdissa nousi esiin henkilöstövaje onkologien, fyysikoiden, radiologien, patologioiden sekä syöpään erikoistuneiden kirurgien kohdalla. Useampi vastaaja huomauttaa myös palliatiivisen erikoisosaamisen puutteesta. Syöpätautien erikoislääkäreiden koulutusta vaaditaan lisättäväksi ja eräänä keinona ehdotetaan, että keskussairaaloilla olisi nykyistä laajempi oikeus kouluttaa onkologeja yhteistyössä yliopistojen kanssa. Vastauksissa muistutetaan myös, että syöpätautien erikoisala on raskas ja erityisesti pienet, 1–2 onkologin yksiköt kaipaavat tukea.

Esimerkiksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on saatu myönteistä palautetta syövän hoidon hajauttamisesta aluesairaaloihin, joissa syöpätautien klinikan lääkäri on käynyt pitämässä vastaanottoa sekä suorittanut konsultaatiokäyntejä osastoille.

Ongelmien ja niihin sovellettavien ratkaisujen muistutetaan olevan kuitenkin erilaisia eri sairaanhoitopiireissä – eikä yliopistosairaaloiden tilannetta voi yleistää koko Suomeen. Sairaanhoitopiirien potilasmäärät ja resurssit vaihtelevat, mutta myös maantieteelliset olosuhteet kuten pitkät välimatkat vaikuttavat toimintaan. Aluesairaaloissa kiertävän syöpälääkärin lisäksi ehdotetaan myös teknologian hyödyntämistä, esimerkiksi videovälitteisiä konsultaatioita.

Tietoja muista lähteistä

Erikoislääkärien määrää ja sen kehitystä vuoteen 2015 mennessä on arvioitu laskemalla eläkepoistuman ja valmistuvien välinen erotus: syöpätautien erikoisalalan arvioitiin kasvavan noin kolmanneksella (Kajantie ym. 2006). Sairaaloiden työvoimatilannetta syksyllä 2007 kartoittaneen selvityksen mukaan virkamäärä syöpätautien erikoisalalla oli 150,6 ja lukumääräinen vaje oli 16,2 (liite 1). Vastaavat luvut radiologian erikoisalalla olivat 470,3 ja 44,5; yleiskirurgian 324,9 ja 24,5; sekä patologian erikoisalalla 152 ja 12. Radiologian, yleiskirurgian ja patologian osalta lukuihin on suhtauduttava varauksella, sillä niistä ei voida eritellä, kuinka suuri osa työskentelee syövänhoidossa. (Kunnallinen Työmarkkinailaitos.)

Sairaaloissa työskentelee yhteensä 83 pätevyitynyttä ja 14 erikoistuvaa sairaalafyysikkoa. Sairaalafyysikoista on pulaa etenkin keskussairaaloissa, sillä pätevät fyysikot hakeutuvat useimmin yliopistosairaaloihin. Sairaalafyysikot ry:n arvion mukaan (Mika Teräs, henkilökohtainen tiedonanto) tarvittaisiin 3–4 uutta koulutusvirkaa, jotta eläkkeelle jäävien osuus kyettäisiin korvaamaan. (Liite 2.)

Suomessa on Säteilyturvakeskuksen mukaan (Petri Sipilä, henkilökohtainen tiedonanto) yhteensä 34 kiihdytintä, joista 26 monienergisää. Monienerginen kiihdytin on laite, jolla voidaan antaa kaikkia ulkoisen sädehoidon edellyttämiä hoitoja. Yliopistosairaaloiden lisäksi sädehoitolaiteita on kuudessa keskussairaalassa. Laitteet ovat keskimäärin noin seitsemän vuotta vanhoja: Helsingissä on käytössä vanhin yksienerginen laite (17v) ja Oulussa vanhin monienerginen laite (15v), kun laitteiden ikä on keskimäärin 7,2 vuotta. STUK arvioi Suomessa olevan 6,4 kiihdytintä miljoonaa asukasta kohti, mikä vastaa pohjoismaista tasoa. Yhdysvalloissa laitteita on jonkin verran enemmän (noin 8,1/milj.asukasta) ja Länsi-Euroopassa puolestaan vähemmän (noin 4/milj.asukasta).

OECD:n tilastojen mukaan Suomessa on 8,9 sädehoitolaitea miljoonaa asukasta kohti, mikä on hieman enemmän kuin OECD-maiden keskiarvo (6,9) (liite 3). Väkilukuun suhteutettu määrä Suomessa on pysynyt melko tasaisena vuodesta 1980 lähtien. (OECD Health Data 2008) STUK:n mukaan uusia laitteita lisätään kuitenkin vuonna 2009 ainakin Helsinkiin ja Joensuuhun. Laitemäärien lisääminen vaatii osaavaa henkilökuntaa, josta tämän selvityksen mukaan on pulaa.

Hoidon tehostamista on systemaattisesti tarkastellut J.A.Muir Gray (2007). Hän luettelee kirjassaan seuraavat kysymykset (taulukko 8), jotka pitäisi esittää, kun pyritään parantamaan terveydenhuollon tuottavuutta. Suomalaiset tuotantotalouden asiantuntijat ovat nostaneet samoja ratkaisuja harkittavaksi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisten kanssa suunnitellen. Kaikkia näitä alueita ei katettu kyselyssämme.

TAULUKKO 8. Kysymyksiä pohdittavaksi pyrittäessä parantamaan terveydenhuollon tuottavuutta (J.A. Muir Gray 2007)

1. Voidaanko rakennuksia ja laitteita käyttää tehokkaammin?
2. Voidaanko varastoja pienentää?
3. Voidaanko tukipalvelujen toimintaa järkevöittää?
4. Voidaanko klinikoiden (ja potilaiden) odotusaikoja vähentää?
5. Hoidetaanko potilaita sopivimmassa paikassa?
6. Voisiko hoidon antaa vähemmän koulutettu henkilöstö?
7. Voidaanko tarvikkeita ja laitteita hankkia halvemmalla?

POHDINTA

Kyselyn etuja ja haittoja

Kaikki sairaanhoitopiirit vastasivat kesälomien aikana tehtyyn kyselyyn nopeasta aikataulusta huolimatta. Eri sairaanhoitopiireissä tavoitettiin kyselyyn vastaajia vaihtelevasti, mikä saattaa heijastua myös tuloksiin. Joissakin sairaanhoitopiireissä vastaukset ovat ainoastaan syöpätautien erikoislääkärin arvioita, toisissa vastauksia on koottu laajastikin eri erikoisaloilta. Kyselyä ei ulotettu yksityissektorille, jossa muutamat yksiköt antavat syöpähoitoja.

Sairaanhoitopiirien hallitusten panos kyselyyn vastaamisessa vaihteli. Jotkut totesivat, ettei ollut mahdollista toteuttaa kyselyä pyydetyllä tavalla, koska sitä ei voitu sovittaa piirien hallitusten aikatauluihin, joten asia vietiin sairaanhoitopiirien hallitukseen vain tiedoksi. Aikataulusta johtuen ei ollut mahdollista pyytää piirejä tarkentamaan tai korjaamaan vastauksiaan suhteessa alustaviin tuloksiin, mutta tämä selvitys lähetetään heti valmistuttuaan kaikkien sairaanhoitopiirien käyttöön.

Sairaanhoitopiirin asiantuntijoiden arviot ministeriön kiinnostuksen aiheista – viiveistä syöpähoitoihin pääsystä ja viiveiden syistä – ovat subjektiivisia, kuten kyselyn saatteessa korostettiin. Kyselylomakkeessa ei määritelty viivettä ja eri vastaajat ovat todennäköisesti tulkinneet sen eri tavoin, mikä tulee muistaa tuloksia tulkittaessa. Suuret linjat lienee kuitenkin mahdollista saada selville, kun kysymykset strukturoidaan ja annetaan vain muutamia vastausvaihtoehtoja. Eräs vastaaja huomauttikin, että asiantuntijoiden arvio oman piirin tilanteesta voi antaa hyödyllisempää tietoa kuin tilastojen pohjalta tehdyt vertailut. Toisaalta riskinä on tarkoitushakuinen vastaaminen varsinkin tilanteessa, jossa tietoa kootaan terveystieteellisen päätöksenteon pohjaksi.

Useisiin ministeriön alkujaan esittämiin kysymyksiin saatiin luotettavia vastauksia muista lähteistä, joten kyselyä voitiin keventää. OECD:n ja Säteilyturvakeskuksen tilastot sekä Kunnallisen työmarkkinalaitoksen työvoimaselvitys olivat hyviä lähteitä myös siksi, että ne antoivat vertailutietoja oman maamme julkisen terveydenhuollon tai syöpätautien alan ulkopuolelta.

Ammattilaisten puute suurin ongelma

Sairaanhoitopiirien tilanteet syöpähoitojen viiveiden osalta vaihtelevat, kuten osoitti jo Onkologiyhdistyksen keväällä 12 sairaalassa tekemä selvitys. Viiveitä ei kuitenkaan nähdä kaikkialla kovin vakavina. Järjestelmällisiä sairaanhoitopiirin koon tai sijainnin mukaan ilmeneviä eroja ei tullut ilmi, kun ryhmittelimme vastaukset alueen tai asukasmäärän mukaan. Ongelmat eivät myöskään näytä kertyvän kovin raskaasti vain muutamiin sairaanhoitopiireihin, vaan jokainen raportoi joitakin viiveitä aiheuttavia tekijöitä.

Syövän lääkehoidon tai sädehoidon käynnistymisessä arveltiin olevan enemmän viiveitä kuin leikkaushoidoissa. Suurimpana syynä nähtiin puutteet osaavien ammattilaisten, etenkin lääkärin saatavuudessa, ja varsinkin onkologeista koettiin olevan pulaa. Vuoden 2007 kartoitus sairaaloiden työvoimatilanteesta osoitti pulan olevan samaa luokkaa kuin useilla muillakin erikoisaloilla. Huolta aiheuttanee odotettavissa oleva syöpätautien ilmaantuvuuden kasvu ja parantuneiden hoitotulosten myötä pitkittyvät seuranta-ajat; molemmat lisäävät onkologitarvetta, kuten Kajan tien ym. selvityksessä on esitetty. Myös syöpähoitoja yhä runsaammin tarjoava yksityissektori ja uusia syöpälääkkeitä kehittävä lääketeollisuus kaipaavat onkologien panosta.

Hoitoketjujen katkeaminen huolena

Lääkäreiden lisäksi pulaa todettiin olevan myös fyysikoista, röntgenhoitajista sekä teho-osastojen henkilöstöstä. Syöpien hoidossa työryhmän yhdenkin kriittisen jäsenen puuttuminen voi vaikeuttaa hoitoketjun sujumista selvästi. Korjauskeinoina henkilöstöpulaan pidettiin ennen kaikkea virkojen täyttöasteen parantamista ja alan houkuttelevuuden lisäämistä, sekä syöpäklินิกoiden näkökulmasta myös vakanssien lisäämistä. Piirin tai klinikan näkökulmasta koulutusmäärien lisääminen on kuitenkin hidas tie. Kun koulutustarpeita tarkastellaan yhden erikoisalan näkökulmasta, voi osaoptimoinnin riski unohtua: pulan korjaaminen yhdellä suunnalla voi pahentaa tilannetta toisilla erikoisaloilla.

Lääkärien vaihtuvuutta ei juuri pidetty ongelmana, mutta hoitoketjun sujuvuuden osalta nousi kommentteissa esiin huoli terveyskeskuslääkärien suuresta vaihtuvuudesta, joka haittaa myös syöpähoitojen toteutumista. Hoitoketjujen tarkastelu vaatisi kuitenkin selvitystä, johon osallistuisivat myös perusterveydenhuollon edustajat. Sinänsä alueellista yhteistyötä pidettiin toimivana ja kuvattiin useita esimerkkejä, joissa hoitoketjuja oli rakennettu uudella ajattelutavalla kaikkien tyytyväisyydeksi. Hoitoprosessien parantamisen ja hoidon porrastuksen tehostamisen arvioitiin olevan mahdollisia keinoja syöpähoitojen viiveiden vähentämisessä.

Potilaan toiveiden nähtiin vaikuttavan hoidon sujuvuuteen tai viiveisiin vain vähän. Tätä lääkärin arviota sekä potilaitten toiveiden yleisyyttä ja laatua tulisi kenties selvittää erikseen. Saman lääkärin hoidossa pysyminen on varsin yleinen toive vakavia tauteja sairastavilla. Suomessa ei kovin runsaasti käytettäne mahdollisuutta hakeutua hoitoon oman sairaanhoitopiirin ulkopuolelle, saati ulkomaille; näiden vaihtoehtojen osalta lisäselvitykset toiveista ja mahdollisuuksista voisivat tarjota uusia palasia peliin.

Tilat, laitteet ja lääkkeet

Laitteiden ja tilojen aiheuttamia viiveitä oli jonkin verran, mutta useilla sairaaloilla oli jo suunnitelmassa laite- tai tilauudistuksia. Laitteiden ja tilojen käytöstä virka-ajan ulkopuolella ei kysytty erikseen, mutta kaksi piiriä kertoi spontaanisti työtä tehtävän myös iltaisin; tämä on eräs keino viiveiden hallintaan. Laitteiden tehokäyttö työpäivää pidentämällä edellyttäne yleensä lisävirkoja eikä työvoimapulan vallitessa onnistu.

Lääkevalinnoilla ei juuri nähty olevan merkitystä viiveisiin, eikä yksikään vastaajista ottanut lääkkeitä esiin sanallisissa kommentteissa. Tämä yllätti, sillä juuri syöpien hoitoon tarkoitettavat uudet, kalliit lääkkeet ovat toistuvasti nousseet esiin tärkeinä arviointikohteina sairaanhoitopiirien ja Finohdan yhteisessä HALO-ohjelmassa, jossa tavoitteena on uusien terveydenhuollon menetelmien hallittu käyttöönotto. Joko kysymys oli muotoiltu epäselvästi tai sitten vastaajat eivät tarkastelleet syöpähoitojen voimavaroja yhtenä kokonaisuutena, kehysbudjetoinnin kautta.

Myös yksityissektorilla voidaan syöpien hoitoon määrätä kalliita lääkkeitä, jotka tulevat sairausvakuutuksesta maksettaviksi potilaan vuosittaisen maksukaton ylittyessä. Tämä ei toki vaikuta sairaaloiden budjetteihin, mutta on syytä ottaa huomioon syöpähoitojen kokonaistilannetta tarkasteltaessa.

Rakennusten ja laitteiden tehokkaampaa käyttöä sädehoidon näkökulmasta tulisi miettiä yksityiskohtaisemmin; avovastausten mukaan ainakin Pirkanmaan sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiireissä sädehoitoa annetaan iltaisin virka-ajan ulkopuolella.

Jatkoselvitysten tarve

Tämä nopeasti toteutettu kysely valottaa monia puolia maamme syöpähoidon tilanteesta. Sen suurin heikkous on perustuminen arvioihin; kysymyksiä ei tällä nopealla aikataululla ollut järkevää asettaa muotoon, joka olisi vaatinut primääritiedon keräämistä. Kysely ei myöskään valottanut kaikkia seikkoja, jotka voivat olla viiveiden taustalla tai auttaa niiden korjaamisessa; esimerkiksi työnjako tuli esiin vain viitteellisesti. Muir Grayn esittämiä terveydenhuollon tehostamiseen liittyviä kysymyksiä (taulukko 8) kannattaakin pohtia syöpähoitojen viiveitä karsittaessa.

Potilaan kannalta sopivimman hoitopaikan kysymys liittyy läheisesti vastaajien huoleen erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyössä esiintyvistä ongelmista. Hoitojen keskittämiseen ei tässä puututtu, ei myöskään tukipalvelujen toimintaan eikä työnjakokysymyksiin. Tarvikkeiden ja laitteiden hankkiminen halvalla puolestaan liittyy esimerkiksi geneerisiin lääkkeisiin ja lääkevalintoihin.

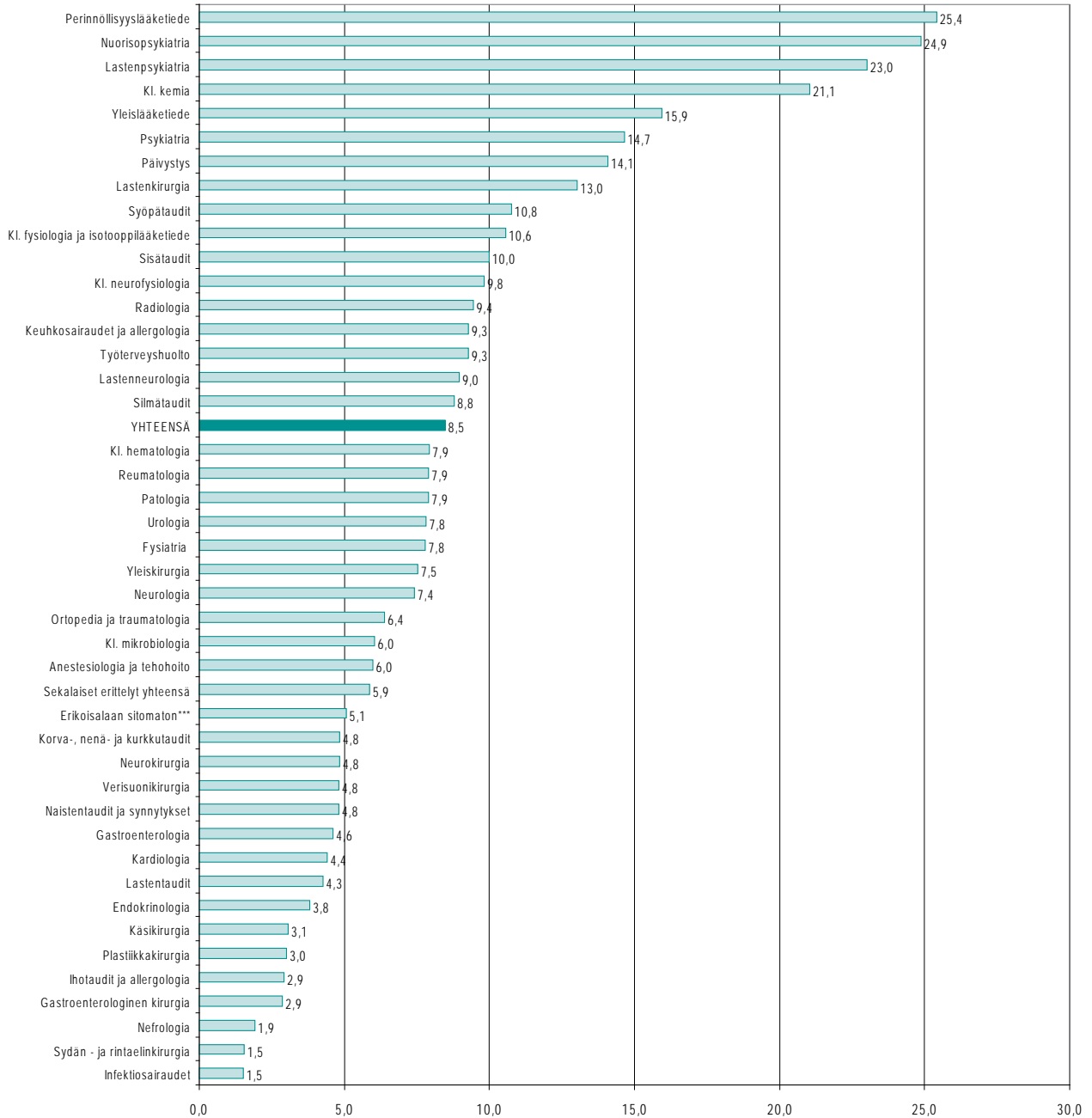
Syöpätautien hoidosta on saatavilla runsaasti tietoja. Hoitoviiveiden ja niiden syiden arviointi olemassa olevan tiedon avulla on kuitenkin hankalaa, sillä viiveet koostuvat monesta eri seikasta, jota ei syöpätautien kohdalla - toisin kuin esimerkiksi ensihoidossa - ole totuttu tarkastelemaan kohta kohdalta, saati kokonaisuutena. Syöpätautien moninaisuus tarkoittaa myös, että diagnostiikka ja hoito jakautuvat lukuisille erikoisaloille, eikä kattavaa kuvaa siksi voi muodostaa. Viiveen eri vaiheiden analysointi sekä laadullisin että määrällisin menetelmin auttaisi ymmärtämään tätä mutkikasta ilmiötä.

Syöpähoitojen kustannusten kasvua Suomessa on arvioitu Syöpäjärjestöjen teettämässä selvityksessä (Mäklin S & Rissanen P, 2006). Toiminnan suunnitteluun tarvittavia tietoja on saatavissa myös Syöpäjärjestöjen tilastoista ja muista terveydenhuollon rekistereistä. Tulossa oleva kansallinen potilaskertomusjärjestelmä antaa aivan uusia tapoja koota ja analysoida tietoa toiminnan ohjauksen tarpeisiin. Kauaskantoisten päätösten pohjaksi toivottavan tiedon hankinta on hyvä suunnitella yhdessä tiedon käyttäjien kanssa sekä varata sen kokoamiseen ja tulkintaan kylliksi aikaa.

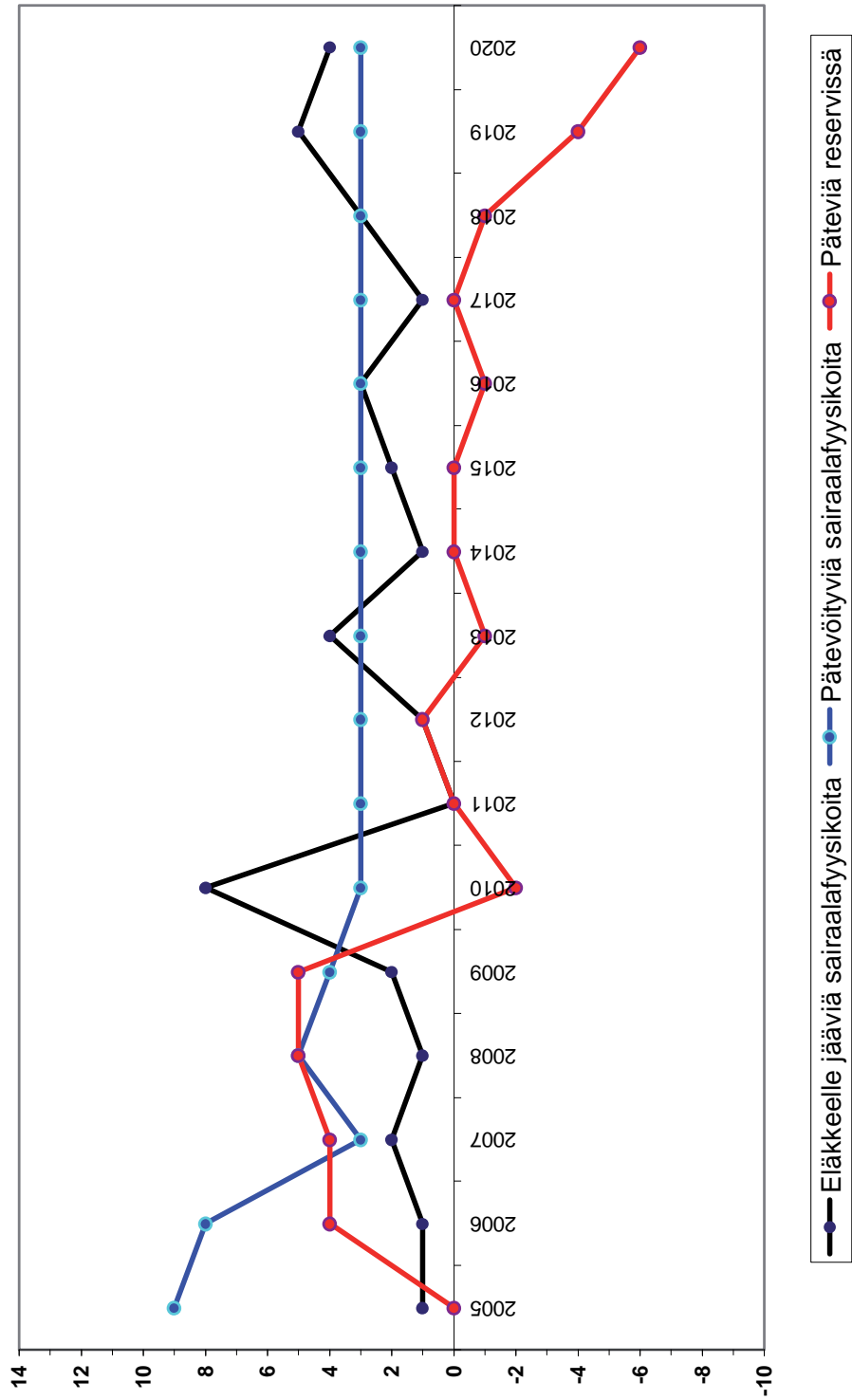
Lähteet

- Kajantie, M., Halila, H., Ihalainen, J. & Vänskä, J. (2006). Erikoislääkärien määrän kehitys vuoteen 2015. Pystytäänkö eläkepoistuma korvaamaan uusilla spesialisteilla? Suomen Lääkärilehti 2006;38:3865-3870.
- Muir Gray, J. A. (2007). How to get better value health care. Offox Press, Oxford.
- Mäklin, S. & Rissanen, P. (2006). Syöpien aiheuttamat kustannukset. Hoito- ja tuottavuuskustannusten kehitys vuosina 1996–2004 ja ennuste niiden muutoksista vuoteen 2015. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisu nro 67, Helsinki.
- OECD. Health Data 2008. Health care resources. Medical Technology. Radiation therapy equipment. http://www.irdes.fr/EcoSante/Download/OECDHealthData_FrequentlyRequestedData.xls
- Sairaaloiden lääkärin työvoimatilanne 3.10.2007. Kunnallinen työmarkkinalaitos. <http://www.kuntatyonantajat.fi/files/0F3D2EDFBC5D47BBA2C8BCE426E47349>
- Sairaalfyysikot ry. Teräs, M. (2008). Tilastoja sairaalfyysikoista Suomessa. Henkilökohtainen tiedonanto 5.9.2008 ja 10.9.2008.
- Sairaalfyysikot ry. Sairaalfyysikoiden sijoittuminen virkoihin. Ennuste 8/2005. http://www.sairaalfyysikot.fi/materiaalia/sf-sijoittuminen_virkoihin-ennuste.pdf
- Säteilyturvakeskus. Sipilä, P. (2008). Sädehoitlaitteet 2008. Henkilökohtainen tiedonanto 21.7.2008.

Liite 1. Lääkärivajeprosentti erikoisaloittain 3.10.2007 (Kunnallinen työmarkkinalaitos)



Liite 2. Sairaalaafysikot ry:n ennuste fyysikoiden sijoittumisesta virkoihin 8/2005



Liite 3. Sädehoitolaitteet OECD-maissa vuonna 2006

Maat	Sädehoitolaitteet, miljoonaa asukasta kohti
Alankomaat	
Australia	6,2
Belgia	12,8
Espanja	4,3
Irlanti	8
Islanti	13,1
Iso-Britannia	4,0*
Italia	
Itävalta	4,8
Japani	
Kanada	
Korea	4,7
Kreikka	
Luxemburg	4,4
Meksiko	1,3
Norja	
Portugali	6,2
Puola	7
Ranska	
Ruotsi	
Saksa	4,7
Slovakia	10,2
Suomi	8,9
Sveitsi	10,2
Tanska	7,7
Tshekki	9
Turkki	
Unkari	2,8
Uusi-Seelanti	6,8
Yhdysvallat	
	* arvio

TYÖPAPEREITA-sarjassa aiemmin ilmestyneet

2008

Riitta Haverinen, Riitta Haahti (toim.). Annus Socialis Fenniae 2008. Nordiskt socialdirektörmöte. Sigtna, Sverige 1.–2. oktober 2008

Työpapereita 32/2008 Tilausnro T32/2008

Åse Brandt, Charlotte Löfqvist, Inga Jónsdóttir, Anna-Liisa Salminen, Terje Sund, Susanne Iwarsson. NO-MO 1.0 Liikkumisapuvälineiden vaikuttavuusmittari. Käsikirja

Työpapereita 31/2008 Tilausnro T31/2008

Janne Nikkinen. Sosiaalieettinen näkökulma rahapeliongelmiin ehkäisyyn ja hoitoon

Työpapereita 30/2008 Tilausnro T30/2008

Olli Viljanen, Timo M. Kauppinen, Jouko Karjalainen. Toimeentulotuen uusien asiakkaiden jonotilanne 2008

Työpapereita 29/2008 Tilausnro T29/2008

Maritta Vuorenmaa & Lasse Löytty. Mot ett österbottniskt välbefinnande. Utvärderingssynpunkter på Österbotten-projektets första verksamhetsperiod åren 2005–2007

Diskussionsunderlag 28/2008 Tilausnro T28/2008

Kouluterveyspäivät 2008. 26.–27.8.2008, Paasitorni, Helsinki. Tiivistelmät ja posterit

Työpapereita 27/2008 Tilausnro T27/2008

Maija Ritamo (toim.). Seksuaalisuus ammattihenkilöstön koulutuksessa sekä vammaisten ja pitkäaikais-sairaiden terveyspalveluissa

Työpapereita 26/2008 Tilausnro T26/2008

Mauno Konttinen, Riitta Haahti (red.). Annus Medicus Fenniae 2008. Nordiskt medicinaldirektörmöte.

Mariehamn, Finland 21.–22. augusti 2008

Diskussionsunderlag 25/2008 Tilausnro T25/2008

Tuulia Rotko, Marita Sihto, Hannele Palosuo. Katsaus terveysvaikutusten arviointiin terveyserojen näkökulmasta

Työpapereita 24/2008 Tilausnro T24/2008

Pertti Korteniemi, Pekka Borg. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä?

Työpapereita 23/2008 Tilausnro T23/2008

Mariann Kylmäniemi, Outi Töytäri. Vammaispalvelulain mukaiset apuvälinepalvelut. Selvitys apuvälinepalveluiden toteutumisesta Suomessa vuonna 2006

Työpapereita 22/2008 Tilausnro T22/2008

Johanna Hiitola. Selvitys vuonna 2006 huostaanotetuista ja sijaishuoltoon sijoitetuista lapsista

Työpapereita 21/2008 Tilausnro T21/2008

Tuula Kekki, Pia Kajander. Päihdestrategia työnohjaajana. Toimijoiden kokemuksia kirjoitusprosessista ja strategian toimeenpanosta

Työpapereita 20/2008 Tilausnro T20/2008