

Päivi Hämäläinen, Simo Harju

Terveyskeskusten toimintavalmius

Länsi-Suomen läänissä



ISSN 1236-2115

ISBN 952-00-1232-X

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Painatus: Edita Prima Oy, Helsinki 2002



Tiivistelmä

Terveyskeskusten toimintavalmius Länsi-Suomen läänissä. Helsinki 2002. 64 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. ISSN 1236-2115; 2002:15) ISBN 952-00-1232-X

Lääninhallituksilla on säädöksiin perustuva velvoite koordinoida viranomais-ten valmiussuunnittelua ja varautua omalla toimialallaan johtamaan toiminta-erityistilanteissa ja poikkeusoloissa. Sosiaali- ja terveysosaston tehtävänä on mm. valvoa, että sosiaali- ja terveydenhuolto jatkaa toimintaansa kaikissa oloissa ja luo näin mahdollisuudet kansalaisten elämälle ja yhteiskunnan keskeisten toimintojen jatkolle.

Lääniuudistuksessa 1.9.1997 muuttui myös lääninhallitusten mahdollisuudet valmiustehtäviensä hoitoon. Suurlääneihin päädyttäessä ei selvästikään ajateltu niiden mahdollisuuksia hoitaa valmiustehtäviä. Niinpä Länsi-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveysosastossa todettiin heti, että osaston valmiussuunnitelma on uusittava ja sen jälkeen käynnistettävä keskustelu kuntien sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelun tilasta ja kehittämismahdollisuuksista uusissa laajoissa alueellisissa kuvioissa, joissa läänissä on lähes kaksi miljoonaa asukasta, 204 kuntaa ja 7 maakuntaa.

Yli vuoden työn jälkeen valmistui sosiaali- ja terveysosaston valmiussuunnitelma 3.8.2001. Siitä tehtiin oppikirjamainen perusteos, joka antaa perustiedot säädöksistä, johtamisjärjestelmästä ja yhteystiedot. Tämän perustyön lisäksi osastolla tehtiin päätös kuntien valmiussuunnitelmien selvittämistyöstä. Tämä terveyskeskusten toimintavalmiutta koskeva selvitys on ensimmäinen kolmesta. Tämän jälkeen on valmistunut vastaava selvitys Länsi-Suomen läänin 204 kunnan sosiaalitoimen valmiussuunnitelmista. Kolmas kuntien ympäristöterveydenhuollon valmiussuunnitelmaselvitys on tekeillä. Sen valmistuttua lääninhallituksella on selkeä kokonaiskuva läänin sosiaali- ja terveydenhuollon valmiuden tilasta. Tämän jälkeen sosiaali- ja terveysosasto ratkaisee, millä tavalla ja aikataululla yhdessä kuntien kanssa saatetaan suunnitelmat jokaisessa kunnassa ajan tasalle ja toimiviksi.

Tämä Länsi-Suomen lääninhallituksen suorittama terveyskeskusten toimintavalmiutta koskeva selvitys osoittaa, että terveydenhuollossa on yleisesti ottaen varauduttu erilaisiin poikkeuksellisiin oloihin hyvin ja myös suunnitelmat ovat kohtuullisessa kunnossa. Kuitenkin aika suuri joukko läänin 105 terveyskeskuksesta ei ole tarkistanut suunnitelmiaan moneen vuoteen, vaikka terveyskeskuksen toiminnassa on tapahtunut muutoksia. Näyttää siltä, että suurimmat kehittämistarpeet suunnitelmien tarkistamisen lisäksi ovat tervey-

denhuollon henkilöstön koulutuksessa johtoryhmätyöskentelyyn ja erityistilanteiden käytännön harjoittelussa.

Länsi-Suomen lääninhallituksen tekemä laaja selvitys vuoden 2001 myrskyn aiheuttamista toimista sosiaali- ja terveydenhuollossa osoitti, että ihan oikealla toiminnalla voidaan valmiuden perusasiat saada kuntoon hyvinkin kohtuullisin kustannuksin ja pienellä vaivalla. Varsin moni kunta ilmoitti myrskyn aiheuttavan suunnitelmien tarkistuksen ja erilaisia korjaustoimia. Länsi-Suomen lääninhallitus tulee tulevina vuosina käyttämään nyt valmistuvia perusselvityksiä kuntien kanssa jatkettavan yhteistyön perusteoksina.

Asiasanat:

Huoltovarmuus, poikkeusolot, riskit, turvallisuus, valmiussuunnittelu, väestönsuojelu

ammandrag

Hälso- och sjukvårdens insatsberedskap i Västra Finlands län. Helsingfors 2002. 64 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter. ISSN 1236-2115; 2002:15) ISBN 952-00-1232-X

Länsstyrelserna har en på författningar baserad skyldighet att samordna myndigheternas beredskapsplanering och att bereda sig på att inom sitt verksamhetsområde leda verksamheten vid exceptionella situationer och undantagsförhållanden. Social- och hälsoavdelningen har bland annat till uppgift att övervaka att social- och hälsovården sköter sina uppgifter under alla förhållanden och på så sätt skapar en förutsättning för medborgarnas liv och de för samhället viktiga funktionerna.

Genom länsreformen 1.9.1997 ändrades även länsstyrelsernas möjligheter att sköta sina beredskapsuppgifter. Då man stannade för modellen med storlän tänkte man tydligen inte på länens möjligheter att sköta beredskapsuppgifter. Vid social- och hälsoavdelningen vid länsstyrelsen i Västra Finlands län kunde man genast konstatera att avdelningens beredskapsplan måste förnyas och att man därefter måste starta en diskussion om beredskapsplaneringens situation inom den kommunala social- och hälsovården och om vilka möjligheter det finns att utveckla beredskapsplaneringen inom de nya omfattande regionala ramarna, där ett län har nästan 2 miljoner invånare, 204 kommuner och 7 landskap.

Beredskapsplanen för social- och hälsoavdelningen blev färdig 3.8.2001 efter ett års arbete. Den fick formen av en lärobok som ger grundläggande uppgifter om författningar och ledningssystemet, den innehåller även kontaktuppgifter. Vid avdelningen fattades också beslut om att kommunernas beredskapsplaner skall utredas. Den här utredningen om hälsovårdscentralernas insatsberedskap är den första av tre. En motsvarande utredning om beredskapsplaneringen vid socialväsendet i Västra Finlands läns 204 kommuner har även blivit klar. Den tredje utredningen, som gäller beredskapsplaneringen för det kommunala miljö- och hälsoskyddet, görs som bäst. Då den blir färdig har länsstyrelsen en klar helhetsbild över beredskapen inom social- och hälsovården i länet. Social- och hälsoavdelningen kommer sedan att avgöra hur och enligt vilken tidtabell de olika kommunernas planer uppdateras och utvecklas tillsammans med kommunerna.

Den här utredningen om hälsovårdscentralernas insatsberedskap, som gjorts av länsstyrelsen i Västra Finlands län, visar att man inom hälso- och sjukvården allmänt taget förberett sig bra på olika exceptionella situationer

och att även planerna är i relativt gott skick. Men en stor del av länets 105 hälsovårdscentraler har inte justerat sina planer på flera år, trots att det har skett förändringar i verksamheten. Det ser ut som om de största utvecklingsbehoven gäller, förutom justeringen av planerna, hälsovårdspersonalens utbildning i att arbeta i ledningsgrupper samt praktisk övning i exceptionella situationer.

Den omfattande utredning som länsstyrelsen i Västra Finlands län utförde om verksamheten inom social- och hälsovården med anledning av stormen år 2001 visade att man med rätt verksamhet kan få beredskapsfrågorna i skick med mycket rimliga kostnader och litet besvär. Flera kommuner meddelade att stormen föranledde en justering av planerna och olika slags reparationsarbeten. Länsstyrelsen i Västra Finlands län kommer under de kommande åren att använda de utredningar som nu blir färdiga som grund för samarbetet med kommunerna.

Nyckelord

Befolkningsskydd, beredskapsplanering, försörjningsberedskap, risker, säkerhet, undantagsförhållanden

Summary

*Medical Preparedness in the Province of Western Finland. Helsinki 2002. 64 p.
(Reports of the Ministry of Social Affairs and Health. ISSN 1236-2115; 2002:15)
ISBN 952-00-1232-X*

The Provincial State Offices are required by law to co-ordinate the preparedness planning of the authorities and be prepared to lead action within their own field of activities in emergency conditions and exceptional situations. The task of the Department for Social and Health Services is among other things to oversee that social welfare and health care is able to continue in all circumstances and thus create the prerequisites for the continuation of the lives of citizens and central activities of society.

In the provincial reform of September 1, 1997, the prerequisites of the Provincial State Offices in carrying out their preparedness tasks also changed. When large provinces were formed it is clear that their prerequisites for carrying out preparedness tasks were not considered. Within the social welfare and health care department of the Provincial State Office of Western Finland it was immediately found that the preparedness planning of the department had to be reformed and discussion began on the state of the preparedness planning of municipal social welfare and health care and development possibilities within the broad regional patterns in which there are close to 2 million inhabitants in the province, 204 municipalities and 7 counties.

After over a year's worth of work the preparedness plan of the Department for Social and Health Services was completed on August 3, 2001. A publication in textbook form was compiled, which provides information on legislation, the leadership system and contact information. In addition to this book, a decision on evaluation work concerning municipal preparedness plans was also made within the department. This report concerning the preparedness to act of the health care centres is the first of three. After the present report, a corresponding report has been completed on the preparedness planning of the social sector of 204 municipalities within the Province of Western Finland. The third preparedness planning report on municipal environmental health care is at present being carried out. When it is finished the Provincial State Office will have a clear general view of the state of preparedness of the social welfare and health care sector of the province. After this the Department for Social and Health Services will determine, in co-operation with the municipalities, in what way and according to which schedule the plans will be updated and implemented in each municipality.

This report on the preparedness of the health care centres carried out by the Provincial State Office of Western Finland shows that health care in general is well prepared for different kinds of exceptional situations and that existing plans are in reasonable shape. However, a rather large group of the province's 105 health care centres have not adjusted their plans in many years although changes have taken place in the activities of the health care centres. It appears as if the largest needs for development, in addition to the revision of plans, are found in leadership group training for personnel and practical training for emergency conditions.

The extensive report drawn up by the Provincial State Office of Western Finland on the action within social welfare and health care caused by the storm of 2001 showed that by the right kind of activity the basics of preparedness can be corrected at a very reasonable cost and small effort. Many municipalities reported that the storm led to the revision of plans and different kinds of corrective measures. The Provincial State Office of Western Finland will in coming years use the reports that are now being finished as basic guidelines for the co-operation that is to be continued with the municipalities.

Key words

Civil defence, exceptional circumstances, preparedness planning, risks, security, security of supply

Sisällys

Tiivistelmä	3
Sammandrag	5
Summary	7
Johdanto	11
Varautuminen	12
Väestönsuojelu	13
Terveysthuollon henkilöstön varaaminen	13
Väestön evakuoinnit	14
Terveyskeskuskyselyn toteutus ja luotettavuus	15
Terveyskeskusten valmiussuunnitelmat	16
Riskikohteet kunnissa	17
Terveyskeskusten henkilökunta	18
Sairaankuljetus	19
Terveyskeskusten päivystysvalmius	20
Terveyskeskuspäivystys	20
Terveyskeskusten valmiusryhmät	21
Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut	21
Vastaanotot ja toimenpidevalmius	22
Terveyskeskusten toimitilojen soveltuvuus vastaanottotyöhön ja leikkaustoimintaan	22
Terveyskeskusten valmius tehdä erilaisia toimenpiteitä	23
Sairaanhoito vuodeosastolla	25
Terveyskeskusten lääkinälliset laitteet, lääkehuolto ja hoitovälineet	27
Läkinälliset laitteet	27
Hoitovälineet	29
Lääkehuolto	31
Terveyskeskusten laboratoriopalvelut	33
Terveyskeskusten kuvantamistutkimukset	34
Ympäristöterveydenhuolto	36
Pohdinta	38
Liitteet	40
Karttakuvat	41

Johdanto

Länsi-Suomen lääninhallituksen sosiaali- ja terveystoimisto tekee vuosittain ministeriön kanssa tulossopimuksen, jonka pohjalta laaditaan osaston tulossuunnitelma. Vuoden 2000 tulossopimukseen sisältyi perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon ja sosiaalihuollon valmiussuunnitelmien ajantasaistaminen ja yhteensovittaminen vuosien 2000–2001 aikana. Tätä varten lähetettiin terveyskeskuksiin laaja kyselylomake, jossa pyydettiin terveyskeskuksia arvioimaan terveydenhuollon suunnitelmiaan. Kaikki 105 terveyskeskusta palauttivat kyselylomakkeen ja melkein kaikki terveyskeskukset lähettivät myös vastausten mukana kopion suunnitelmastaan. Kyselyn toteuttamista varten asetti osaston johtoryhmä 12.4.2000 työryhmän, johon nimettiin aluksi Markku Tikkanen, Lea Liukku, Simo Harju, Päivi Hämäläinen, Kari Leskinen ja Seppo Varke. Terveyskeskuskyselyn toteutuksen päävastuu jäi kuitenkin Päivi Hämäläiselle ja Simo Harjulle.

Terveyskeskusten valmiussuunnittelukysely antaa yleiskuvan Länsi-Suomen läänin toimintavalmiuksista poikkeusoloissa, mutta tulokset antavat myös hyvän kuvan perusterveydenhuollon mahdollisuuksista tuottaa normaaliajan palveluja.

Valtioneuvosto on hyväksynyt hallituskaudeksi 2000–2003 sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelman (TATO)¹. TATOn tavoitteita ovat mm. palvelujen saatavuuden varmistaminen sekä kuntakohtaisten että alueellisten erojen pienentäminen. Toivottavasti valmiuskyselyn tulokset ovat avuksi tässäkin pohdinnassa.

¹ Valtioneuvoston päätös. Sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelma 2000–2003. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1999:16.

V arautuminen

Yhteiskunnan kriisinkestokyvyn varalta tehtäviä ennakkovalmisteluja kutsutaan varautumiseksi. Kriisinkestokyky perustuu normaalioloissa luotuihin materiaalsiin, henkisiin, toiminnallisiin ja teknistaloudellisiin voimavaroihin. Pääsääntönä on, että varautumisjärjestelyt toteutetaan mahdollisimman kiinteästi normaaliolojen toimintoihin perustuen. Organisaatioita muutetaan häiriö- ja kriisitilanteissa mahdollisimman vähän. Organisaatioita vahvistetaan tai muutoin mukautetaan tilannetta vastaavaksi vain tarvittavassa määrin.

Varautumista toteutetaan sekä normaaliolojen häiriöiden että poikkeusolojen varalle. Varautuminen käsittää valmiussuunnitelmien laatimisen ohella suunnitelmiin perustuvat etukäteisjärjestelyt kuten materiaalihankinnat, henkilöstön varaaminen ja kouluttaminen. Varautuminen normaaliaikaisiin häiriöihin perustuu viranomaisten tehtäviä koskeviin säädöksiin, joiden mukaan tehtävät on hoidettava kaikissa oloissa. Perusvalmiudella ymmärretään valmiustilaa, joka luodaan ja jota ylläpidetään jo normaaliaikana. Toimintavalmiuden kohottamistoimenpiteitä voidaan nimittää tehostetuksi valmiudeksi. Täysvalmius on valmiustila, jossa kaikki voimavarat on otettu käyttöön².

Viranomaisen velvollisuus varautua poikkeusoloihin perustuu valmiuslain (1083/1991) 40 §:ään. Valmiuslain 2 §:n mukaan tilanne määritellään poikkeusoloksi edellyttäen, ettei tilanteen hallitseminen ole mahdollista viranomaisten säännönmukaisin toimivaltuuksin. Valmiuslain mukaisesti terveyskeskusten tulee varautumisella varmistaa tehtäviensä mahdollisimman häiriötön hoitaminen myös poikkeusoloissa. Poikkeusolot voivat aiheutua kiristyneestä kansainvälisestä tilanteesta, sodanuhasta, sodasta, sodan jälkitilasta tai suuronnettomuudesta.

Terveystenhuollon perusvalmiudessa on tarvittavat suunnitelmat ja valmistelut tehty ja luotu näin valmius valmiuden kohottamiseen. Tehostetussa valmiudessa sairaansijoja ja hoitokapasiteettia lisätään 25 %:lla kahden vuorokauden kuluessa ja täysvalmiudessa edelleen 25 %:lla kuuden vuorokauden kuluessa määräyksestä³.

² Varautuminen yhteiskunnan häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. Puolustusneuvosto 1999.

³ Reijo Tolppi ym.: Varautuminen kunnassa. Pelastusopiston julkaisu 1/1998.

Väestönsuojelu

Väestönsuojelulla tarkoitetaan pelastustoimilain⁴ mukaan ihmisten ja omaisuuden suojaamista, yhteiskunnan toimintojen kannalta tärkeiden virastojen, laitosten ja tuotantolaitosten toiminnan turvaamista valmiuslain ja puolustustilalain tarkoittamissa poikkeusoloissa. Väestönsuojelun toteutuksen yleisenä edellytyksenä poikkeusoloissa on, että viranomaisilla on tarvittavat ennakosuunnitelmat ja viranomaisille annetaan lisävaltuuksia tilanteen hoitamiseksi. Normaaliolojen järjestelyt ja valmius luovat perustan myös poikkeusolojen toiminnalle. Toiminnan turvaamiseksi tulee sekä viranomaisten että yksityisten yritysten huolehtia henkilö- ja muiden resurssien varaamisesta.

Sisäasiainministeriön ohje⁵ antaa perusteet paikallisen yleisen väestönsuojelun toimintaorganisaation henkilöstöön ja materiaaliin liittyvien valmistelujen toteuttamiselle. Lähtökohtana on, että kunkin hallinnonalan johtaja suunnittelee johtokeskuksessa ja koko väestönsuojelussa toimivien yksiköittensä kokoonpanot. Väestönsuojelua varten varataan erillisiä ensiapu- ja sairaankuljetusyksiköitä. Kansanterveystyöstä vastaava lääkäri toimii kunnan johtokeskuksen lääkintäpäällikkönä. Poikkeusolojen terveystoimen suunnitelmien laadintatilanne eri kunnissa ilmenee karttakuvasta (1). Karttakuvan tiedot on kerätty kuntien vuoden 1999 väestönsuojelun toimintakertomuksista.

Terveys- ja turvallisuuden henkilöstön varaaminen

Terveys- ja turvallisuuden henkilöstön varaamisen perustana on valmiuslaki⁶. Sosiaali- ja terveysministeriö on antanut ohjeet terveys- ja turvallisuuden ammattihenkilöstön varaamisesta poikkeusolojen tehtäviin⁷. Poikkeusolojen terveys- ja turvallisuuden huolto perustuu ja tukeutuu yleiseen terveys- ja turvallisuuden huoltoon, johon myös puolustusvoimat evakuoivat potilaitaan. Puolustusvoimien kenttäsairaalat antavat sairaalatasoista kirurgista ensihoitoa kiireellisen avun tarpeessa oleville, jotka eivät muuten olisi kuljetuskuntoisia. Potilaiden varsinainen hoito tapahtuu yleisen terveys- ja turvallisuuden huollon sairaaloissa.

⁴ Pelastustoimilaki 561/1999 1 §.

⁵ Sisäministeriön pelastusosasto: Paikallisen yleisen väestönsuojelun henkilöstön ja materiaalin määrävahvuudet. 25/011/94, Sarja A:49, 2.1.1995 muutos, Edita.

⁶ Valmiuslaki 1080/91 22 §.

⁷ Ohje terveys- ja turvallisuuden ammattihenkilöstön varaamisesta poikkeusolojen tehtäviin. Sosiaali- ja terveysministeriö, 25.9.1998, Dnro 31/02/98.

Terveydenhuollon henkilöstön varaukset tehdään joka toinen vuosi eri viranomaisten yhteistyönä. Lääkäreitä puolustusvoimat tarvitsevat joukkosidontapaikoille, sairaautoasemille ja kenttäsairaaloihin. Kenttäsairaala on tarkoitettu ensisijaisesti traumatologisiin potilasselvityksiin sekä sairaalatasoisiin välittömiin leikkaustoimiin. Kenttäsairaalassa on myös sisätautilääkäri ja psykiatrian alalta kokemusta saanut lääkäri sekä hammas- ja suukirurgiaan perehtynyt hammaslääkäri⁸. Kenttälääkinnässä hammaslääkäreitä on vain prikaatin sairaautoasemalla ja kenttäsairaalassa, joten puolustusvoimien hammaslääkäritarve on pieni. Lääkäreiden ja hammaslääkäreiden varauksessa yhteensoviteaan sekä puolustusvoimien että yleisen terveydenhuollon tarpeet.

Lääninhallitusten sosiaali- ja terveysosastot selvittävät yhdessä sairaanhoidopiirien hallintoylihoitajien kanssa terveydenhoitohenkilökunnan varaamisen. Puolustusvoimat tarvitsevat kokenutta henkilökuntaa erityisesti kenttäsairaaloihin. Sotilaiden evakuoinnit yleisen terveydenhuollon sairaaloihin lisäävät myös näiden hoitohenkilökuntatarvetta sekä sairaaloissa että terveyskeskuksissa. Lisähenkilökuntaa yleiseen terveydenhuoltoon saadaan neuvotellamalla terveydenhuollon oppilaitosten kanssa opettajien ja oppilaiden sijoittamisesta sairaaloihin ja terveyskeskuksiin. Varusmiespalveluksen ja vapaaehtoisen asepalveluksen suorittanut hoitohenkilökunta sijoitetaan ensisijaisesti kenttälääkintään.

Muu henkilöstön varaaminen hoidetaan suoraan sotilasviranomaisten kanssa VAP-menettelyllä. Varauksiin on sisällytettävä koko hoitoketjun ja sen toimivuuden edellyttämä tarpeellinen henkilöstö.

Valmiuslailla voidaan sosiaali- ja terveysministeriö valtuuttaa perustamaan työvelvollisuusrekisteri, johon voidaan ottaa lääketieteen ja terveydenhuolto-oppilaitosten opiskelijoita ja opettajia. Rekisterin avulla voidaan tarvittaessa antaa läänin käyttöön lisähenkilöstöä. Lisähenkilöstön saamiseksi tehdään yhteistyötä TE-keskusten kanssa.

Väestön evakuoinnit

Evakuoinnit toteutetaan valmiusevakuointeina, suojaväistönä ja alueellisena evakuointina. Poikkeusolojen suunnittelussa varaudutaan rannikkoalueen evakuointiin sisämaahan. Läänin sisällä tapahtuvan evakuoinnin ohella Länsi-Suomen läänin alueelle siirretään väestöä Etelä-Suomen läänin alueelta. Sisämaassa sijaitsevien kuntien asema korostuu evakuoitavan väestön majoituksen, muonituksen sekä palvelujen järjestäjänä. Terveydenhuollon kannalta on

⁸ Kimmo Koskenvuo: Kenttälääkintä, Ensihoidon perusteet. Puolustusvoimien 1993 julkaisema kirja.

huomioitava, että Länsi-Suomessa on toiminnan kannalta keskeisiä sairaaloita evakuoitavalla alueella. Evakuointien toteutus on valtakunnallisesti pohdittavana, joten evakuointijärjestelyihin on odotettavissa lähitulevaisuudessa muutoksia.



terveyskeskuskyselyn

toteutus ja luotettavuus

Kyselylomake lähetettiin kesäkuussa 2000 kaikkiin Länsi-Suomen läänin alueen terveyskeskuksiin. Lomakkeen palauttamisesta muistutettiin elokuussa. Syyskuun 2000 loppuun mennessä kaikki 105 terveyskeskusta olivat palauttaneet lomakkeen. Valmiussuunnittelusta vastaavaa pyydettiin täyttämään lomake ja antamaan yhteystietonsa. Samassa yhteydessä kerättiin kopiot terveyskeskusten valmiussuunnitelmista lääninhallituksen arkistoon. Terveyskeskuksen valmiussuunnittelusta vastaava oli 85 %:ssa terveyskeskuksista johtava lääkäri tai avoterveydenhuollosta vastaava lääkäri. Viidessä terveyskeskuksessä vastuu oli jollain muulla lääkärillä ja kuudessa terveyskeskuksessä johtavalla hoitajalla. Kahdessa terveyskeskuksessä valmiussuunnittelusta vastaava oli terveydenhoitaja ja kolmessa suunnittelu toteutui kunnantoimiston puolella, jossa siitä vastaavia olivat kunnan- tai kuntayhtymän johtaja tai sosiaalisihteri.

Vaikka kyselyn vastausprosentti olikin 100 %, eivät kaikki terveyskeskukset vastanneet kaikkiin lomakkeen kysymyksiin. Yksittäisten kysymysten vastausprosentti vaihteli välillä 80–100 %. Joidenkin numeeristen tietojen osalta vastaukset olivat epätarkkoja, sillä vastaukseen oli numeron sijaan annettu vaihteluväli. Näissä tapauksissa analyysissä käytettiin, kysymys huomioiden, luotettavimmin laskettavissa tai arvioitavissa olevaa keskilukua kuten keskiarvoa tai mediaania. Saaduista vastauksista voidaan arvioida, että vastaajat pääosin ymmärsivät hyvin lomakkeessa käytetyt käsitteet. Jonkin verran epävarmuutta esiintyi laitelistan, toimenpiteiden ja kuvantamistutkimusten tulkinnoissa ja erityisesti ympäristöterveydenhuoltoa koskevissa kysymyksissä. Kokonaisuudessaan kyselyn avulla saatiin luotettavasti tilannetta kuvaavaa tietoa läänin- ja sairaanhoitopiirin tasolla, mutta yksittäisten kuntien kohdalla voi yksityiskohdissa olla epätarkkuuksia, jotka tulee ottaa huomioon erityisesti kun tulkitaan terveyskeskusten vastuualuepohjalle tehtyjä kuvia. Terveyskeskusten varautumista ja toimintavalmiutta kuvaavat kyselyn tulokset esitetään karttakuvina, raportissa kuvaillen sekä kuvailevina taulukkoina. Varsinaisia tilastollisia analyysejä luotettavuustestauksineen aineistolle ei ole tehty.



erveyskeskusten

valmiussuunnitelmat

Kyselyn tulokset kuvaavat terveyskeskusten valmiussuunnittelun tilaa kesällä 2000. Terveyskeskuksia pyydettiin lähettämään kopio valmiussuunnitelmaansa lääninhallituksen käyttöön. Vaikka kaikki 105 terveyskeskusta palauttivatkin kyselylomakkeen, kaikki eivät lähettäneet valmiussuunnitelmaansa lääninhallitukseen. Tässä raportissa terveyskeskusten valmiussuunnitelmat ovat olleet tausta-aineistona, mutta niiden sisältöä ei ole raporttia varten varsinaisesti analysoitu. Terveyskeskusten valmiussuunnitelmien välillä on suuria eroja jo kuntakoosta johtuen, ja tämä heijastuu myös terveyskeskuksen toiminta- valmiuteen.

Tuoreimmat suunnitelmat oli laadittu vuonna 2000 ja vanhin oli vuodelta 1980. Joka kymmenes suunnitelma oli kyselyvuodelta 2000. Yli puolet suunnitelmista oli tehty viisi vuotta sitten tai sen jälkeen. Suurin osa suunnitelmista eli 94 (87 %) oli tehty vuosina 1990–2000 (taulukko 1 ja karttakuva 2).

Taulukko 1.

Länsi-Suomen läänin terveyskeskusten valmiussuunnitelmien laatimisvuodet. Tilanne kesällä 2000

laatimisvuosi	kpl	%
1980–1989	7	7
1990–1994	31	29
1995–1999	52	50
2000	11	10
tieto/suunnitelma puuttuu	4	4
yhteensä	105	100

Terveyskeskuksista 67 (64 %) arvioi, että nykyinen valmiussuunnitelma vastasi terveyskeskuksen tämän hetkisiä tarpeita erittäin tai melko hyvin. Melko huonosti se vastasi tarpeita 19 %:ssa terveyskeskuksia ja 6 %:ssa erittäin huonosti (karttakuva 3). Kaikkiaan 65 terveyskeskusta (64 %) ilmoitti, että tarkoituksena on uusia suunnitelma lähivuosina. 37 terveyskeskusta ei uusimista suunnitellut ja kolme jätti kysymykseen vastaamatta. Kaikki 80-luvulla tehdyt valmiussuunnitelmat on tarkoitus uusia lähivuosina. Vuosina 1998–2000 valmistuneista valmiussuunnitelmista aiotaan uusia 25 kpl, mikä viittaa siihen, että noin neljännes läänin terveyskeskuksista toteuttaa aktiivista valmius-

suunnittelua, jossa suunnitelmaa päivitetään säännönmukaisesti. Vastaavasti alueelta löytyy kahdeksan terveystakeskusta, joissa valmiussuunnitelma on vuodelta 1995 tai sitä vanhempi, eikä terveystakeskuksella ole aikomuksena päivittää suunnitelmaansa lähivuosina. Voidaan arvioida, että viidenneksessä alueen terveystakeskuksista valmiussuunnitelma puuttuu kokonaan tai on vanhentunut.

Riskikohteet kunnissa

Jokaisen kunnan pitää kartoittaa riskikohteensa, onnettomuuksien todennäköisyys ja vakavuus. Terveystakeskusten antamien riskikohdevastausten mukaan suurimmat onnettomuusrikit ovat useimmin liikenteessä. Maantie- ja rautatieliikenteen ohella pitkä rannikkoalue ja siihen liittyen meripelastus ovat keskeisiä sekä normaaliajan että poikkeusolojen valmiussuunnittelussa. Suuronnettomuuksien riskikohteita ovat myös lentokentät ja teollisuuslaitokset. Erityisen huomion ansaitsee läänin alueella oleva Olkiluodon ydinvoimala.

Terveystakeskuksia pyydettiin luettelemaan enintään viisi alueellaan keskeistä riskikohdetta. Yleisin riskikohde kunnissa oli tieliikenne, jonka 81 % terveystakeskuksia mainitsi riskikohteenaan. Useat terveystakeskukset nimesivät alueellaan olevia erityisen riskialttiita teosuuksia ja riskiä tarkennettiin myös kuvaamalla varautuminen linja-autojen, raskaan liikenteen ja koululaiskuljetusten onnettomuuksiin.

Rautatieliikenne on riskikohde 41 %:ssa terveystakeskusten vastuualueista. Huolenaiheita ovat matkustajaliikenteen riskien ohella vaarallisten aineiden rautatiekuljetukset ja ratapihojen turvallisuus. Länsi-Suomen läänin alueella on laajat meri- että järvivesien alueet. Vesiliikenteeseen liittyviä riskejä on mainittu 25 %:ssa terveystakeskuksista. Riskeistä 40 % liittyy makean veden liikenteeseen. Seitsemän terveystakeskusta varautuu reitti- tai risteilyalusten have-reihin ja kahdeksan terveystakeskusta huomioi riskinä sataman. 20 % terveystakeskuksista mainitsee lentoliikenteeseen liittyvät riskit. Alueelta luetellaan yhdeksän lentokenttää ja yksi varalaskupaikka. Alueella on Pirkkalan lennosto ja Hallin varuskunta lentokenttineen. Muu lentoliikenneriiki syntyi lentokenttien läheisyydestä ja vilkkaista ylilennoista.

Yhden tai useampien julkisten rakennusten tulipalot ja/tai näissä rakennuksissa oleskelevien henkilöiden evakuointi on mainittu 31 % terveystakeskuksen riskikohteena. Noin 70 % maininnoista koskee vanhainkoteja tai vastaavia pitkäaikaishoidon paikkoja ja 60 % terveystakeskuksia tai sairaaloita. Joka kolmas luettelee myös koulut ja hallintorakennuksia yleensä. Lisäksi päiväkohteista on yksittäismainintoja.

Puolet terveyskeskuksista mainitsi riskikohteeksi alueen teollisuuden yleensä tai tietyt teollisuuslaitokset. 41 terveyskeskusta nimesi tarkennuksena kaikkiaan 70 riskialtista teollisuuslaitosta. 18 terveyskeskusta mainitsi varautumisen erityisesti tulipaloon ja kahdeksan räjähdykseen. Myrkkujen tai muiden vaarallisten aineiden kuljetukseen tai muuhun käsittelyyn liittyvät riskit on mainittu 20 %:ssa riskikohdeluetteloita. Tarkennuksena erityisen ammoniakki-riskin mainitsee kolme ja klooririskin samoin neljä terveyskeskusta.

Alueen terveyskeskuksista joka kymmenennen alueella on riskikohdeluettelossa mainittuna puolustusvoimien toimintaa kuten varuskunta, asevarikko tai muu varikko tai varasto. Muina mahdollisesti riskiä aiheuttavina kohteina on mainittu yleisyysjärjestyksessä (maininnat sulkuihin merkittyinä) ainakin pohjavesivarannon tai talousveden saastuminen (6), voimalaitos tai muuntoasema (6), suuret yleisötapahtumat (4), alueella oleva ydinvoimala (4), radioaktiivinen saaste yleisenä (3), alueen taajama (3), kauppakeskus (2), uimahalli tai kylpylä (2), pato (2), polttoaineen jakeluasema (2), päästöt ilmaan teollisuudesta (2), silta (1), turvesuo (1), moottoriturheilurata (1), elintarviketeollisuuden katastrofi (1), maakaasun siirto- ja jakeluverkko (1), sähkökatko (1) ja nuorisosema (1). Tarttuvista taudeista riskinä ei ole yhtään suoraa mainintaa.



terveyskeskusten

henkilökunta

Terveyskeskuksissa toimi yhteensä noin 1480 lääkäriä. Puolustusvoimien lääkinnällisiin tehtäviin siirtyä poikkeusoloissa läänistä karkeasti arvioituna noin 400 lääkäriä, joista kuitenkin enemmistö on varattu erikoissairaanhoidosta. Näin ollen terveyskeskuksissa oleva lääkärimiehitys ei oleellisesti pienene poikkeusoloissa puolustusvoimien varausten vuoksi.

Terveyskeskusten henkilökuntatilanne selitettiin kysymyksellä, jossa vastaaja kertoi paljonko eri ammattiryhmiin kuuluvaa henkilökuntaa oli kyselyhetkellä töissä. Vastaukset kuvaavat tilannetta vuonna 2000. Yhteenveto vastauksista on taulukossa 2. Suurin osa terveyskeskuksista on alle kymmenen lääkärin yksiköjä. Kahdessa terveyskeskuksessa ei ollut lääkäriä ollenkaan. Eniten lääkäreitä oli Turussa ja seuraavaksi eniten Tampereella, Jyväskylässä, Porissa, Vaasassa ja Seinäjoella (karttakuva 4). Hammaslääkäreitä on maaseudulla lähes yhtä paljon kuin terveyskeskuslääkäreitä, mutta Turussa hammaslääkäreitä on vain 32 % lääkäreiden määrästä, Tampereella 36 %, Jyväskylässä 42 %, Porissa 50 %, Vaasassa 52 % ja Seinäjoella 55 %.

Taulukko 2

Terveyskeskusten henkilökuntamäärä kesällä 2000

Sairaanhoidopiiri	lääkäreitä	lääkäreitä	hammas- hoitajia	muita	yhteensä
Varsinais-Suomi	354	173	1 729	2 152	4 391
Satakunta	156	106	1 200	1 002	2 454
Pirkanmaa	355	246	2 887	5 366	8 736
Keski-Suomi	332	195	908	3 071	4 497
Etelä-Pohjanmaa	133	98	558	1 546	2 139
Vaasa	100	69	1 280	1 078	2 472
Keski-Pohjanmaa	38	27	279	220	564
Yhteensä	1 478	914	8 841	16 477	25 253

Sairaankuljetus

Kansanterveyslaki⁹ edellyttää, että terveyskeskuksen tulee huolehtia sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä järjestää ja ylläpitää lääkinnällistä pelastustoimintaa sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittavaa sairaankuljetusvalmiutta. Kansanterveyslaki ei koske ilma-alusten tai kelirikkokelpoisten ja vastaavien erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitoa, sillä näistä säädetään erikseen asetuksella¹⁰. Erikoissairaanhoidon velvoitteena on omalta osaltaan huolehtia lääkinnällisestä pelastuspalvelusta¹¹. Erikoissairaanhoidon vastuulla voi olla myös sairaankuljetusajoneuvoja, joita käytetään lähinnä potilaiden siirtokuljetuksiin. Terveyskeskukset ja sairaalat eivät tarvitse erillistä lupaa sairaankuljetukseen, mutta yksityisille voidaan myöntää sairaankuljetuslupa vain, jos pääasiallisen toiminta-alueen kysyntä sitä edellyttää.

Poikkeusoloissa väestönsuojelua varten varataan suojelukohdekunnissa niin paljon ajoneuvoja että 0,6 % asukkaista voidaan siirtää vuorokauden kuluessa tuhoalueelta hoitolaitokseen. Valvonta-alueen kunnissa vastaava velvoite on 0,3 % asukkaista. Potilaat on saatava hoitoon 2–6 tunnin kuluessa¹². Ministeriö voi määrätä suojelukohteiksi asutus-, teollisuus-, liikenne- tai muun niihin verrattavan keskuksen¹³.

⁹ Kansanterveyslaki 66/1972 14 §

¹⁰ Asetus 1051/1993

¹¹ Erikoissairaanhoidotlaki 1062/1989 1§

¹² Sosiaali- ja terveysministeriö: Varautuminen normaaliaikojen häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin 15.4.1992 Nro 35/02/92.

¹³ Pelastustoimilaki 561/1999 55 §.

Sairaankuljetuksesta annetun asetuksen mukaan sairaankuljetusajoneuvot luokitellaan hoitotason ja perustason ajoneuvoiksi. Karttakuvassa 5 on sairausautojen kokonaismäärä ja hoitotason autojen määrä siten kuin terveyskeskukset ne ilmoittivat.

Kyselyssä ilmoitettiin Länsi-Suomen läänin terveyskeskusten käytössä olevan 230 sairaankuljetusajoneuvoa. Läänissä oli 12 terveyskeskusta, joilla ei ole ilmoituksen mukaan omassa käytössään lainkaan sairausautoja. Sairasautojen alueellista lukumäärää ei terveyskeskuskyselyllä saatu kattavasti selvitettyä, sillä osa autoista on palolaitosten yhteydessä ilman erillistä sopimusta terveyskeskusten kanssa. Hoitotason kuljetuksiin soveltuvia sairausautoja saatiin kyselyssä selville alueelta yhteensä 179 eli 78 % ilmoitetuista sairausautoista. Kaluston laadussa oli sairaanhoitopiirien välillä eroja. Kalustossa oli eniten hoitotason kuljetuksiin soveltuvia ajoneuvoja Etelä-Pohjanmaalla (90 %) ja vähiten Satakunnassa (59 %).

Poikkeusoloissa terveyskeskukset arvioivat saavansa läänissä käyttöönsä yhteensä mainitut 230 sairausautoa ja 142 muuta autoa potilaskuljetuksiin. Näistä 104 on linja-autoja. Arvio käytössä olevista linja-autoista vaihteli sairaanhoitopiireittäin. Satakunnassa arvioitiin niitä olevan eniten (54) ja vähiten Vaasassa ja Keski-Pohjanmaalla, joissa niitä oli 3–4. Koska kyselyn avulla selvitetty ajoneuvoluku ei ole tarkka, ei sen avulla voida tehdä luotettavaa laskelmaa siitä, miten hyvin olemassa olevalla kuljetuskapasiteetilla voidaan vastata väestönsuojelulle asetettuihin velvoitteisiin.



terveyskeskusten

päivystysvalmius

Terveyskeskuspäivystys

Läänin alueen terveyskeskuksissa hoidetaan vuorokauden aikana noin 5 000 päivystyspotilasta. Terveyskeskukset arvioivat, että poikkeusoloissa potilasmäärä voidaan yli kaksinkertaistaa noin 12 000 potilaaseen vuorokaudessa. Ympäri vuorokauden päivystävien terveyskeskusten määrä on erilaisten yhteistyösopimusten kautta maassamme vähentynyt. Osa terveyskeskuksista päivystää yhä 24 h/vrk, osa on siirtänyt yöaikaisen päivystystoiminnan toiseen terveyskeskukseen tai aluesairaalaan ja joissain terveyskeskuksissa kaikki päivystysaikaan tapahtuva palvelu on ohjattu toiseen pisteeseen. Terveyskeskusten päivystystilanne on esillä karttakuvassa 6.

Terveyskeskusten valmiusryhmät

Ensiapuun varautuminen on osa väestönsuojeluvalmisteluja¹⁴. Poikkeusolojen normina käytetään yhtä ensiapuryhmää 5 000 asukasta kohti. Pääosa näistä on SPR:n ryhmiä¹⁵. Hoitolaitosten ulkopuolella annettavaa ensiapua ja ensihoitoa varten tulee terveyskeskuksilla ja sairaaloilla olla valmiusryhmät. Valmiusryhmään kuuluu lääkäri, sairaanhoitaja ja avustava henkilö. Kaikista 105:stä terveyskeskuksesta 84 %:lla oli kokoonpanoltaan oikeaoppinen valmiusryhmä. Valmiusryhmä oli rakenteeltaan puutteellinen yhdeksässä terveyskeskuksessa. Tavallisimmin puutteellinen ryhmä koostui vain kahdesta henkilöstä, lääkäristä ja sairaanhoitajasta. Valmiusryhmiä, joista puuttui lääkäri kokonaan oli neljässä terveyskeskuksessa. Terveyskeskuksista 8 % (8 kpl) ei kyennyt nimeämään valmiusryhmäänsä.

Terveyskeskuksista 90 % ilmoitti, että heillä on valmius lähettää onnettomuuspaikalle valmiusryhmä. Neljää terveyskeskusta lukuun ottamatta valmiusryhmälle oli myös tarvittavat varusteet. Lisäksi neljä terveyskeskusta ilmoitti, että heillä on kyllä varusteet, mutta ei valmiusryhmää. Terveyskeskukset, joissa ei ole valmiusryhmää ovat hyvin pieniä. Varsinais-Suomen alueellinen yliedustus selittyy pienten saaristokuntien pienillä resursseilla. Terveyskeskuksilta ei selvitystyön yhteydessä kysytty kuinka usein valmiusryhmiä on käytetty. Voidaan olettaa, että terveyskeskuksissa, joissa ryhmät ovat toimineet hyvin harvoin, tai joissa ei ole yhtään toimintakokemusta, on toiminnan käynnistymisen rutiinivarmuus heikko.

Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut

Järkyttävän tapahtuman jälkeen ihminen kokee tavallisesti kriisireaktion. Suurin osa ihmisistä toipuu äkillisen järkytyksestä ilman psykiatrista erikoishoitoa, mutta monet tarvitsevat tilanteesta selviytyäkseen ammattihenkilön antamaa psyykkistä jälkihoitoa sekä läheistensä ja muun sosiaalisen ympäristön tukea. Terveyskeskusten kriisiryhmät ovat moniammatillisia ja toimivat yhteistyössä muiden hallintokuntien ja organisaatioiden kanssa. Kriisiryhmä on psykososiaalisen jälkihoidon toimeenpaneva elin. Psyykkisen jälkihoidon työmuotoja ovat purkukokous (defusing), jälkipuinti (debriefing), ryhmäterapiat, ensihoito ja yksilöterapiat. Kriisiryhmien työssä painottuvat jälkipuinti ja purkukokoukset. Purkukokous järjestetään yhdessä työskennelleelle pien-

¹⁴ Pelastustoimilaki 561/1999 51 §.

¹⁵ Reijo Tolppi ym.: Varautuminen kunnassa. Pelastusopiston julkaisu 1/1998.

ryhmälle mahdollisimman pian tapahtuman jälkeen. Tilaisuudessa käydään läpi tapahtumien kulku. Purkukokouksen tarkoituksena on nopea traumaattisten reaktioiden lieventäminen, kokemusten normalisointi, sosiaalisen verkoston vahvistaminen ja eristäytymisen ehkäiseminen. Purkukeskustelun jälkeen voidaan vielä myöhemmin järjestää jälkipuinti-istunto. Jälkipuinti on suunniteltua ja jäsenneltyä ryhmätyötä, jota vetää mielenterveystyön ammattihenkilö¹⁶.

Terveyskeskuksista 94 % piti psykososiaalista kriisiryhmää tarpeellisena. Erittäin tarpeellinen kriisiryhmä oli 59 %:n mielestä ja jonkun verran tarpeellinen 35 %:n mielestä. Kuusi terveyskeskusta piti psykososiaalista kriisiryhmää tarpeettomana, näistä yksi täysin tarpeettomana. Terveyskeskuksista 95 %:lla oli kriisiryhmän hälytysohjeet. Kuudessa terveyskeskuksessa niitä ei ollut. Näistä viisi oli sellaisia, joiden henkilökuntaa ei ollut mukana kriisiryhmän toiminnassa ja yksi vastaus puuttui.

Kriisiryhmien kokoontumistiheys vaihteli hyvin paljon. Läänissä oli 64 terveyskeskusta, joissa ryhmä oli vuonna 1999 kokoontunut 1–10 kertaa ja 24 terveyskeskusta, joissa kokoontumisia oli ollut yli 10 vuodessa. Neljä terveyskeskusta ilmoitti kokoontumistiheydeksi 0 ja 17 jätti kysymykseen vastaamatta, joten kaikissa terveyskeskuksissa ei ollut tarkkaa tietoa ryhmän toiminnasta. Sairaanhoidopiirejä verrattaessa ei suuria eroja tule esiin. Kaikkien sairaanhoidopiirien alueella kriisiryhmät kokoontuivat keskimäärin kymmenen kertaa vuodessa ja joka alueelta löytyi sekä passiivisia että hyvin aktiivisia terveyskeskuksia.

Terveyskeskusten henkilökuntaa on mukana psykososiaalisessa kriisiryhmässä 92 %:ssa terveyskeskuksista. Kahdeksassa terveyskeskuksessa henkilökunta ei ole mukana toiminnassa. Näistä kahdeksasta kaksi oli niitä terveyskeskuksia, joissa toimintaa pidettiin tarpeettomana. Toiminnan tarpeelliseksi kokevista kuusi ei ollut itse mukana toiminnassa.



vastaanotot ja toimenpidevalmius

Terveyskeskusten toimitilojen soveltuvuus vastaanottotyöhön ja leikkaustoimintaan

Kaikissa terveyskeskuksissa on vastaanottotilat ja lisäksi melkein kaikissa terveyskeskuksissa on myös toimenpidetilat (karttakuvat 7 ja 8). Ainoastaan kaksi terveyskeskusta ilmoitti, että heiltä puuttuvat toimenpidetilat. Leikkaussa-

¹⁶ Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 1998:1.

leja on 25:ssä terveyskeskuksessa ja poikkeusoloissa leikkaussaleiksi soveltuvia tiloja on 72:ssa terveyskeskuksessa. Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksista löytyy vastaanottotilat yhteensä 1 036:lle lääkärille. Toimenpidehuoneita on 354, joista leikkaussaleiksi voidaan luokitella 39. Poikkeusoloissa toimenpidehuoneista olisi lisäksi 140 muunneltavissa leikkaussaleiksi, joten alueen terveyskeskuksista löytyy yhteensä 170 tilaa, joissa voisi tehdä leikkauksia.

Terveyskeskuksista 59 %:ssa oli ainakin osassa toimenpidetiloista varavoima (karttakuva 9). Varavoiman järjestämisessä on sairaanhoitopiirikohtaisia eroja. Varsinais-Suomessa enemmistö terveyskeskuksista on vailla varavoimaa. Vaasan alueella varavoima on lähes kaikissa terveyskeskuksissa. Sairaanhoitopiirikohtainen määrä terveyskeskuksia, joista puuttuu varavoima toimenpidetiloista on taulukossa 3.

Taulukko 3.

Toimenpidetilojen varavoimaa vailla olevat terveyskeskukset sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	ilman varavoimaa % alueen terveyskeskuksista	kpl	vastaus puuttuu kpl
Varsinais-Suomi	52	12	2
Satakunta	33	4	1
Pirkanmaa	30	7	1
Keski-Suomi	50	7	0
Etelä-Pohjanmaa	29	5	0
Vaasa	11	1	0
Keski-Pohjanmaa	50	3	0
Länsi-Suomen lääni	40	39	4

Terveyskeskusten valmius tehdä erilaisia toimenpiteitä

Terveyskeskuksilta kysyttiin niiden valmiutta tehdä kymmentä erilaista toimenpidettä. Taulukossa 4 on lista toimenpiteistä niiden yleisyyden mukaisessa järjestyksessä. Yhteenveto terveyskeskusten valmiudesta tehdä listan kymmentä toimenpidettä on karttakuvassa 10. Kolme terveyskeskusta ilmoitti tekevänsä korkeintaan kaksi listan toimenpiteistä ja kymmenen terveyskeskusta teki vähintään yhdeksän toimenpiteistä. Yleisintä oli, että terveyskeskus teki 5–6 luetelluista toimenpiteistä. Velkuua lukuun ottamatta tehtiin kaikissa terveyskeskuksissa pieniä kirurgisia toimenpiteitä paikallispuudutuksessa. Leik-

kauksia tehtiin yleisanestesiassa yhdeksässä terveyskeskuksessa; Turussa, Porissa, Nokialla, Tampereella, Jämsässä, Laukaassa, Alajärvellä, Alavudella ja Lappajärvellä. Kipupumpun käyttö on nopeasti yleistynyt. Terveyskeskuksista vain kahdeksassa ei käytetty kipupumppua. Kahdessa terveyskeskuksessa ei ole valmiutta nenämahaletkun asentamiseen. Noin 60 % terveyskeskuksista omistaa välineet pleuraonteloon asetettavan dreenin laittoa varten. Kolmannekselta puoleen terveyskeskuksista tekee suoliston tähytystutkimuksia. Joka kolmannella terveyskeskuksella on omat tutkimuslaitteet tähytystutkimuksia varten. Hyvä tähytystutkimusvalmius merkitsee valmiuden kannalta sitä, että sairaaloilla on mahdollisuus siirtää näitä toimenpiteitä poikkeusoloissa terveyskeskusten tehtäviksi. Subclaviakatetrisaatioita tehdään joka viidennessä terveyskeskuksessa.

Sairaanhoitopiirien välillä on toimenpidevalmiudessa eroja, jotka esitetään taulukossa 5. Esimerkiksi valmius hoitaa synnytyksiä vaihtelee 17–67 %:iin terveyskeskuksista sairaanhoitopiireittäin. Yleisanestesian ja synnytysten hoidon sekä ja pleuraadreenin laitton valmiuksien sekä tähytystutkimuslaitteistojen maantieteellinen jakautuminen Länsi-Suomen läänissä on esitetty karttakuvina (kartat 11–14).

Taulukko 4.

Terveyskeskusten valmius tehdä erilaisia toimenpiteitä.

Toimenpiteet yleisyysjärjestyksessä	Terveyskeskuksista	
	% tekee	kpl tekee
Tehdään pieniä kirurgisia toimenpiteitä paikallispuudutuksessa	99	104
On valmius nenämahaletkun asettamiseen	98	103
On valmius virtsarakon punktion	92	97
On valmius annostella kipulääkettä kipupumpulla	92	97
On välineet pleuraonteloon asetettavaa dreeniä varten	57	62
Normaalin synnytyksen hoito	44	46
Tehdään sigmoido/colonoskoppioita	41	43
Tehdään gastroskoppioita	36	38
On tähytystutkimuksiin omat tutkimuslaitteet	34	35
On valmius subclaviakatetrisaatioon	18	19
Tehdään leikkauksia yleisanestesiassa	9	9

Taulukko 5.

Terveyskeskukset (%), joissa on valmius tehdä listan toimenpiteitä esitettynä sairaanhoitopiireittäin

suurin %-osuus on **lihavoitu musta** ja pienin **vihreä**

Toimenpide	Varsinais-Suomi	Satakunta	Pirkanmaa	Keskisuomi	Etelä-Pohjanmaa	Vaasa	Keskis-Pohjanmaa
PP kirurgia	96	100	100	100	100	100	100
n-m letku	91	100	100	100	100	100	100
Rakkopunktio	78	83	100	100	94	100	100
Kipupumppu	96	100	74	100	94	100	100
Pleuradreeni	44	50	70	86	78	33	20
Synnytys	30	17	52	50	67	33	50
Colonoskopia	17	25	48	71	72	0	33
Gastroskopia	17	33	30	64	56	0	67
Oma skooppi	27	25	32	57	56	0	20
Subclavia	4	8	22	21	39	11	17
Yleisanest.	4	8	9	14	17	0	0

Sairaanhoito

vuodeosastolla

Länsi-Suomen läänin alueella on 225 terveyskeskusjohtoista vuodeosastoa, joissa on yhteensä noin 8 400 sairaansijaa. Kahden vuorokauden sisällä saadaan poikkeusoloissa järjestettyä noin 2 000 sairaansijaa lisää ja poikkeusolojen kokonaisvuodepaikkamäärä on läänin alueella 10 800 sairaansijaa. Varautumisohjeiden mukaan tehostetussa valmiudessa sairaansijoja ja hoitokapasiteettia lisätään 25 %:lla kahden vuorokauden kuluessa ja täysvalmiudessa edelleen 25 %:lla kuuden vuorokauden kuluessa määräyksestä. Terveyskeskuksilta saatu tieto vastaa terveyskeskusten vuodeosastopaikkojen kahden vuorokauden sisällä tapahtuvan lisäämisen osalta valmiusohjetta, mutta vuodepaikkojen kokonaisluvussa on täysvalmiuden osalta laskennallisesti 1 800 paikan vaje. Alueella mahdollisesti olevaa todellista puutetta lisävuodepaikkoihin varautumisessa ei voida arvioida tietämättä sairaaloiden samanaikaista tilannetta.

90 % terveyskeskusten vuodeosastoista kykenee normaalioloissakin ottamaan hoitoonsa akuuttipotilaita. Terveyskeskusten vuodeosastoilla on akuuttipotilaita 92–100 % kaikissa sairaanhoitopiireissä Varsinais-Suomea lukuun ottamatta, jossa prosenttiosuus on 62 %. Luku selittyy osin pienillä saaristokunnilla ja osin tukeutumisella muita alueita enemmän akuuttihoitossa alue-sairaalaverkkoon.

Osa vuodeosastoista on profiloitunut pitkäaikaishoitoon ja osa on selvästi akuuttihoitokeskeisempiä. Paikalliset terveyskeskusten vuodeosastojen ja vanhainkotien väliset hoitojärjestelyt vaikuttavat paikallisiin tilanteisiin. Osassa kuntia sosiaalitoimi ja terveystoimi on yhdistetty ja terveyskeskuksen vuodeosasto ja vanhainkodin sairasosasto ovat yksi ja sama osasto. Poikkeusoloihin varautumiseen järjestelyt vaikuttavat siten, että pitkäaikaishoidossa olevia potilaita on vaikeampi siirtää kotihoitoon, jos vuodepaikkoja tarvitaan kriisiajan erityistilanteen potilaille. Vuodeosastohoidon keskimääräinen hoitoaika antaa kuvaa pitkäaikaispotilaiden määrästä. Vaasan, Satakunnan ja Varsinais-Suomen terveyskeskusten keskimääräinen vuodeosaston hoitojakson pituus on välillä 186–540 vuorokautta ja näillä alueilla hoidetaan siis enemmän pitkäaikaispotilaita terveyskeskusten vuodeosastoilla kuin Keski-Pohjanmaalla, Etelä-Pohjanmaalla ja Pirkanmaalla, joiden keskimääräinen hoitojakson pituus vaihtelee välillä 43–20 vuorokautta. Keskimääräiset hoitoajat alueittain näkyvät kartassa 15. Sairaansijojen määrät, keskimääräiset hoitoajat ja poikkeusoloissa lisättävät vuodepaikat ovat taulukossa 6.

Taulukko 6.

Terveyskeskusten vuodeosastohoitoa ja vuodepaikkojen lisäämistä poikkeusoloissa kuvaavat luvut sairaanhoitopiireittäin

Sairaanhoitopiiri	vuodeosastoja	sairaan-sijoja	lisää sijoja 2 vrk aikana	vuodepaikat poikkeusoloissa	keskimääräinen hoitoaika vrk	Hoidetaan akuuttipotilaita %
Varsinais-Suomi	37	1 802	339	1 288	186 (15–3 075)	62
Satakunta	28	1 030	294	1 615	233 (13–1 669)	100
Pirkanmaa	57	1 992	366	2 794	43 (5–209)	96
Keski-Suomi	34	1 293	325	1 837	120 (12–525)	92
Etelä-Pohjanmaa	36	1 199	366	1 751	31 (7–195)	100
Vaasa	24	772	172	1 023	540 (12–4 105)	100
Keski-Pohjanmaa	9	300	95	517	20 (7–40)	100
Länsi-Suomen lääni yhteensä	225	8 388	1 957	10 825	147 (5–4 105)	90



lääkinnälliset laitteet, lääkehuolto ja hoitovälineet

Lääkinnälliset laitteet

Puolustustalouden suunnittelukunnan toimeksiannosta käynnistettiin vuonna 1993 selvitystyö sairaalalaitteiden toiminnan turvaamiseksi poikkeusoloissa. Tavoitteena oli poikkeusolojen elintärkeiden lääkintälaitteiden nimeäminen (=PELLA-luettelo)¹⁷. Terveydenhuollon laitteiden käyttäjien tulee kohdistaa huoltovarmuustoimenpiteet ensisijaisesti PELLA-luettelossa nimettyjen laitteiden toiminnan turvaamiseen vähintään yhden vuoden mittaisen ulkomaankaupan sulkutilanteen varalta. PELLA-luettelo on tarkoituksella pyritty tekemään mahdollisimman suppeaksi. Nimikkeistö on rajattu laajan yleiskirurgian ja terveydenhuollon perustoimintojen edellyttämään laitekantaan. PELLA-listaa laadittaessa oli jo nähtävissä, että tulee uusia laitteita, joita ei sisällytetty PELLA-laitteisiin, mutta joiden merkitys tulevana vuosina korostuu potilaiden tutkimisessa ja hoidossa. Tällaisia laitteita olivat mm. endoskopia ja ultraäänilaitteet.

Terveyskeskusten varustetaso selvitettiin kysymällä onko terveyskeskuksilla käytössään PELLA-listan mukaisia laitteita. Terveyskeskusten yleistä varustetasoa voi kuvata tarkastelemalla kuinka suuri osa PELLA-listan mukaisista laitteista on kunkin terveyskeskuksen käytössä. Erittäin hyvin ja täysin puutteellisesti varustettuja terveyskeskuksia on kumpiakin vain muutamia. Viidesosassa terveyskeskuksista on alle 40 % PELLA-listan varusteista. Varustustason alueellinen jakauma on karttakuvassa 16. Taulukossa 7 on lueteltu yleisyysjärjestyksessä PELLA-listan mukaiset laitteet ja niiden terveyskeskusten osuus, joissa on kyseistä laitetta käytössä.

¹⁷ Raportti sairaalalaitteiden toiminnan turvaamisesta poikkeusoloissa. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, Helsinki 1995:30.

Taulukko 7.

PELLA-listan mukaiset laitteet ja niiden terveyskeskusten osuus, joissa on kyseistä laitetta käytössä

laite	yleisyys % terveyskeskuksista
valotaulu	100
ekg-piirturi	99
autoklaavi	96
sähköimu	94
diatermialaite	93
defibrillaattori-monitori yhdistelmä	91
pesulaite	91
hemoglobiinifotometri	88
pulssioksimetri	82
kuumailmasterilisaattori	82
kuumasaumaaaja	80
happiverkosto	79
leikkausvalaisin	79
kehityskone	71
infuusiosäädin	70
kuvauspöytä	70
keuhkokuvauslaite	66
röntgengeneraattori	64
leikkauspöytä	63
potilasvalvontamonitori	61
paineilmaverkosto	59
paineimu	57
spektrofotometri	53
respiraattori	38
kallopöytä	23
refraktometri	18
verityhjiölaite	11
anestesiakone	10
liikuteltava rtg-laite	7
verikaasuanalyysaattori	6
formaliinikaasusterilisaattori	5
monitoimileikkauslaite, pneumaattinen	3
monitoimileikkauslaite, sähköinen	3

Hoitovälineet

Toimintojen turvaaminen kaikissa olosuhteissa edellyttää materiaalivarastojen pitämistä riittävän suurina. Tärkeimpien lääkkeiden ja hoitovälineiden riittävyys on turvattu lääkkeiden valmiusvarastoinnista annetulla lailla. Se velvoittaa hoitolaitoksia, teollisuutta ja tukkukauppaa pitämään yllä varmuusvarastoja. Sairaaloilla ja terveyskeskuksilla on ohje pitää lääkintämateriaalia kuuden kuukauden normaalikulutusta vastaava määrä varastossaan. Tärkeimpien laitteiden varaosia tulisi olla 12 kuukauden tarve. Tämän lisäksi on valtion varmuusvarastoihin hankittu kertakäyttömateriaalia noin kolmen kuukauden kulutusta vastaava määrä. Kyselyllä selvitettiin terveyskeskusten lääkintämateriaali niiden nimikkeiden osalta, joita on varastoituna valtion varmuusvarastoihin¹⁸.

Terveyskeskuksia pyydettiin arvioimaan lääkintämateriaalien normaalikulutus viikoissa. Keskimäärin kuuden kuukauden varasto löytyi eri sairaanhoitopiirien alueelta vain muutamasta yksittäisestä artikkelista. Keskuslaskimon katetreja ja haavaimuja oli kaikkien sairaanhoitopiirien alueella terveyskeskuksissa keskimäärin alle kolmen kuukauden varastot. Yhtä sairaanhoitopiiriä lukuun ottamatta tilanne oli sama leikkausveitsen terien osalta. Lisäksi erilaisia tutkimuskäsineitä oli useilla alueilla pienet varastot. Etelä- ja Keski-Pohjanmaan sekä Vaasan alueen terveyskeskuksissa oli keskimääräinen varautuminen muiden sairaanhoitopiirien alueita vähäisempää. Sairaanhoitopiirien alueiden sisällä terveyskeskusten välillä oli vaihtelua. Lista kyselyssä mukana olleista hoitovälineistä ja niiden keskimääräisestä riittävydestä normaalikulutustilanteessa on taulukossa 8.

¹⁸ Maanpuolustuskorkeakoulu: Tietoa maanpuolustuksesta 1996. Maanpuolustus ulko- ja turvallisuuspolitiikan osana.

Taulukko 8.

Terveyskeskusten arvio varastoissaan olevien hoitotarvikkeiden riittävydestä viikkoina normaalikulutustilanteessa.

Keskiarvo riittävydestä sairaanhoitopiireittäin viikkoina.

hoitotarvike	riittää viikkoja normaalikulutusta koko lääni	sairanhoitopiiri						
		V-S	S	P	K-S	E-P	V	K-P
keskuslaskimon katetri	5	2	8	3	12	5	3	4
haavaimu	7	3	8	7	11	5	8	7
leikkausveitsen teriä	9	3	11	11	10	10	5	16
tutkimuskäsineet, epästeriili, lateksia	11	7	16	14	10	10	9	10
tutkimuskäsineet, epästeriili, vinyyliä	11	12	13	13	10	11	7	8
tutkimuskäsineet, steriilit, lateksia	12	9	20	14	15	9	10	10
leikkauskäsineet	13	13	17	13	14	12	6	10
injektoruisku 5 ml	13	15	17	13	10	11	14	10
injektoruisku 2 ml	14	14	26	13	10	11	9	10
virtsapussi	14	14	19	15	14	14	11	10
laskimokanyyli	14	15	20	14	11	14	10	12
nesteensiirtolaite	14	14	17	14	14	12	8	10
kipsiside	14	12	14	15	18	15	14	9
virtsakatetri miehille	15	13	18	15	20	15	12	10
virtsakatetri naisille	15	14	18	15	18	15	13	10
verensiirtolaite	15	14	16	13	16	17	19	12
leikkausveitsi	16	13	18	18	15	13	25	10
injektioneula	17	17	39	15	9	12	13	10
kirurginen								
ommelateriaali	17	17	18	17	17	19	19	12
imukatetri	18	23	23	15	17	15	18	12
nenämahaletku	18	17	18	19	24	17	16	9
intubaatioputki/kuffiton	18	13	17	16	21	27	18	10
intubaatioputki/kuffillinen	25	29	28	19	19	36	20	10

V-S = Varsinais-Suomi, S = Satakunta, P = Pirkanmaa, K-S = Keski-Suomi,
E-P = Etelä-Pohjanmaa, V = Vaasa, K-P = Keski-Pohjanmaa

musta = alle kolme kk, vihreä = ainakin kolme kk, musta = kuusi kk varasto

Lääkehuolto

Terveysthuollon laitoksilla on peruslääkkeistä luettelo. Varautumisessa käytetään termiä "poikkeusolojen elintärkeiden lääkkeiden luettelo". Peruslääkkeiden varaston tulee vastata kuuden kuukauden normaalikulutusta. Infuusionesteitä tulee olla kahden viikon normaalikulutusta vastaava määrä. Lääkintähuollon neuvottelukunta on uudistanut vuonna 1999 poikkeusolojen elintärkeiden lääkeaineiden luettelon, nk. PEL-luettelon¹⁹. PEL-luetteloa voidaan käyttää ohjeellisena ja suuntaa antavana perusluettelona peruslääkevalikoimaa laadittaessa. PEL-luettelo ei kuitenkaan muuta miltään osin lääkkeiden velvoitevarastointilaissa olevaa velvoitevarastointia. PEL-luettelossa on 168 lääkeainetta, kolme varjoainetta, 24 lisä- tai apuainetta ja seitsemän pakkausmateriaalinimikettä. Keskeisiä lääkeaineita on 63, joista 22 katsotaan olevan kaikkein välttämättömmimpiä lääkeaineita.

Läänin terveyskeskuksista 63 % käyttää normaalioloissa omaa lääkekeskusta lääkehuoltonsa varmistamiseen. Yhteensä 39 terveyskeskusta oli kesällä 2000 ilman omaa lääkekeskusta. Sairaanhoidopiireittäin tarkasteltuna oman lääkekeskuksen osuus oli kesällä 2000 suurin Satakunnassa, jossa 83 % terveyskeskuksista piti omaa lääkekeskusta ja vähiten, 33 %, niitä oli Keski-Pohjanmaalla. Tilanne alueilla ei ole vakiintunut, sillä uusia lääkehuollon yhteistyösopimuksia on monilla alueilla tekeillä. Tilanne alueittain on karttakuvassa 17.

Ne terveyskeskukset, joilla ei ole omaa lääkekeskusta hankkivat lääkkeensä suoraan aluesairaالاتasoisesta sairaanhoidopiiriin sairaalasta (12 terveyskeskusta), sairaanhoidopiiriin keskussairaalasta tai sen omistamasta paikallisvarastosta (8), suoraan apteekista (9) tai toisesta terveyskeskuksesta, jossa on lääkekeskus (8) tai toisen terveyskeskuksen ja apteekin palveluja yhdistämällä (1). Sitä, millaisin sopimuksin lääkekeskusta vailla olevat terveyskeskukset ovat turvanneet velvoitevarastointinsa, ei kyselyssä erikseen selvitetty. On tiedossa, että ainakin osassa sairaanhoidopiirien alaisten sairaaloiden ja terveyskeskusten sopimuksia tämä asia on otettu huomioon. Tilanne kahden terveyskeskuksen yhteistoimintatilanteessa, ja erityisesti, kun lääkkeet haetaan suoraan apteekista on velvoitevarastoinnin toteutumisen näkökulmasta epävarmempaa.

Monissa niistäkin terveyskeskuksista, joissa ei ole omaa lääkekeskusta, oli oma peruslääkevalikoima. Terveyskeskuksista 92 %:ssa (vaihteluväli 83–100 %) on peruslääkevalikoima. Se puuttuu joka kymmenennestä terveyskeskuksesta. Peruslääkevalikoiman kattavuus vaihtelee 15:stä nimikkeestä 1 200 nimikkeeseen. Keskimäärin nimikkeitä on peruslääkevalikoimassa noin 300.

¹⁹ Poikkeusolojen elintärkeiden lääkkeiden luettelo (PEL). Sosiaali- ja terveysministeriön monistetta 1997:1.

Terveyskeskuksista 60 %:ssa velvoitevarastointi oli kunnossa tai lähes kunnossa (vähintään 24 viikkoa). Kaikkien Länsi-Suomen läänin sairaanhoitopiirien alueilla terveyskeskuksissa oli kuitenkin keskimäärin alle kuuden kuukauden, eli 26 viikon, normaalikulutuksen verran peruslääkkeitä varastossa. Riittävyys vaihteli peruslääkkeiden osalta välillä 3–72 viikkoa. Keski-Suomen aluetta lukuun ottamatta kaikilta alueilta löytyi jokunen terveyskeskus, jossa varaston riittävyys oli selvästi alle normin. Niitä terveyskeskuksia, joissa varasto oli neljä viikkoa tai sen alle oli yhteensä yhdeksän kpl.

Infuusionesteiden varastot ovat pääsääntöisesti normien mukaiset tai paremmat. Niitä oli varastoissa läänissä seitsemän viikon normaalikulutukseen vaihdellen keskimäärin sairaanhoitopiireittäin 4–12 viikon välillä. Kaksi terveyskeskusta ilmoitti, että infuusionesteet riittävät alle kahden viikon ajaksi ja 33:ssa terveyskeskuksessa riittävyys oli tasan kaksi viikkoa. Vaikka infuusionesteiden osalta tilanne onkin kohtuullinen, on syytä kuitenkin huomata, että osassa terveyskeskuksia normaaliolojen kulutus voi olla hyvin pientä, joten varastokin on pieni. Poikkeustilanteiden lääkintähuollolle on usein tyypillistä, että niiden aikana infuusionesteiden tarve kasvaa voimakkaasti. Peruslääkkeiden ja infuusionesteiden keskimääräinen riittävyys normaalikulutuksessa on sairaanhoitopiireittäin taulukossa 9.

Taulukko 9.

Peruslääkevaraston riittävyys normaalikulutuksella, viikkoja
(velvoite peruslääkkeille 26 viikkoa ja infuusionesteille kaksi viikkoa)

	lääkkeet	TK:t kpl alle normin	infuusio nesteet	TK:t kpl alle normin
Varsinais-Suomi	23	3	7	2
Satakunta	22	3	12	0
Pirkanmaa	22	3	5	0
Keski-Suomi	26	0	6	0
Etelä-Pohjanmaa	22	5	8	0
Vaasa	18	3	5	0
Keski-Pohjanmaa	22	1	4	0
Länsi-Suomen lääni	22	18	7	2



laboratoriopalvelut

Kesällä 2000 oli Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksista noin 80 %:lla oma laboratorio, mutta määrä on sittemmin jonkun verran pienentynyt, koska suuret laboratoriokeskukset ovat yleistyneet. Varsinais-Suomessa ja Pirkanmaalla oli vähemmän itsenäisiä laboratorioita kuin muilla alueilla. Kesän 2000 tilanne on karttakuvassa 18. Terveyskeskuksissa toimi yhteensä 78 terveyskeskusten omaa laboratoriota. Lähes kaikki laboratoriot tekivät verenkuvaa. Vain kaksi terveyskeskusta ilmoitti, että oma laboratorio ei tee verenkuvaa. Myös elektrolyyttitutkimus tehdään itse yleisesti. 92 % tekee sen itse. Laboratorioista 92 %:lla on lupa tehdä mikrobiologisia tutkimuksia. Lupa puuttui viideltä terveyskeskuslaboratoriolta.

Terveyskeskusten omien laboratorioiden reagenssit riittävät noin 11 viikkoa ja näytteenottovälineet 12 viikkoa. Näiden tietojen valossa laboratoriot pysyvät toimintakykyisinä keskimäärin kolme kuukautta ilman varastojen täydennystä. Keski-Suomessa ja Keski-Pohjanmaalla oli hiukan muita alueita huomattavat varastot, muutoin alueelliset erot olivat vähäisiä. Kaikilta alueilta löytyy muutamia terveyskeskuksia, joilla on selvästi keskiarvoja pienemmät varastot. Terveyskeskuslaboratorioiden keskimääräinen reagenssi- ja näytteenottovälinevarastojen riittävyys sairaanhoitopiireittäin on taulukossa 10.

Taulukko 10.

Terveyskeskuslaboratorioiden keskimääräinen reagenssi- ja näytteenottovälinevarastojen riittävyys sairaanhoitopiireittäin viikoissa.

	Reagenssit	Näytteenottovälineet
Varsinais-Suomi	13	12
Satakunta	13	18
Pirkanmaa	11	11
Keski-Suomi	9	9
Etelä-Pohjanmaa	10	11
Vaasa	12	12
Keski-Pohjanmaa	5	9
Länsi-Suomen lääni	11	12

Ne terveyskeskukset, joilla ei ole omaa laboratoriota, hankkivat pääosin laboratoriopalvelunsa sairaanhoitopiirin muodostamalta laboratoriokeskuksesta, keskussairaalasta tai aluesairaaloista. Toiseen terveyskeskukseen oli palvelunsa keskittänyt vain muutama terveyskeskus. Monet sellaiset terveyskeskukset, joissa ei ollut omaa laboratoriota, ottivat näytteensä itse, mutta lähettivät näytteet hajautetusti keskussairaalaan, toiseen terveyskeskukseen ja yksityisiin laboratorioihin tutkittaviksi.

Noin puolet niistä terveyskeskuksista, joilla ei ole omaa laboratoriota, ottaa verinäytteet itse. Läänissä on noin 10 terveyskeskusta, joissa ei ole valmiutta ottaa itse verinäytteitä. Niissä terveyskeskuksissa, joissa otetaan itse verinäytteet, vaikkei olekaan omaa laboratoriotointa, näytteenottovälineet riittävät suunnilleen saman ajan, keskimäärin 13 viikkoa, kuin muissakin terveyskeskuksissa. Terveyskeskusten valmius ottaa verinäytteitä on esitetty karttakuvassa 18.



terveyskeskusten

kuvantamistutkimukset

Länsi-Suomen läänin terveyskeskuksista 70 %:lla on oma röntgenyksikkö. Keski-Suomen terveyskeskukset ovat itseellisimmät (93 %) ja Varsinais-Suomen terveyskeskukset eniten toisista palvelujen tuottajista riippuvaisia (oman kuvantamisyksikön yleisyys 41 %). Oman kuvantamisyksikön alueellinen yleisyys näkyy karttakuvassa 19.

Alueella on 73 terveyskeskusta, joissa tehdään itse kuvantamistutkimuksia. Niissä kaikissa on valmius tehdä luukuvia ja keuhkokuvia. Ortopantomokuvausmahdollisuus on varsin yleinen, se puuttuu vain seitsemästä kuvantamisyksiköstä. Läpivalaisututkimukset ovat harvinaisempia. Niitä tekee 27 % (19 kpl) kuvantamisyksikön omaavista terveyskeskuksista.

Länsi-Suomen läänissä tehtiin terveyskeskuskyselyssä saatujen tietojen mukaan vuonna 1999 yhteensä noin puoli miljoonaa rtg-tutkimusta. Tutkimuksia tehtiin keskimäärin yksikköä kohti eniten Pirkanmaalla ja vähiten Keski-Pohjanmaalla. Joukossa oli hyvinkin suurten yksiköiden lisäksi hyvin pieniä yksiköitä, joissa tutkimuksia tehtiin alle 1 000 vuodessa.

Kuvantamistutkimuksia tekevien terveyskeskusten röntgenfilmit riittävät normaalikulutuksella keskimäärin 11 viikkoa ja kehitysnesteet 13 viikkoa. Yksiköt pysyvät näin ollen toimintavalmiudessa keskimäärin kolme kuukautta ilman tarvitäydennyksiä. Alueelliset erot ovat pieniä. Röntgenfilmien ja kehitysnesteiden keskimääräinen riittävyys sairaanhoitopiireittäin on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11.

Röntgenfilmien ja kehitysnesteiden keskimääräinen riittävyys sairaanhoitopiireittäin viikoissa

	rtg-filmit	kehitysneste
Varsinais-Suomi	12	12
Satakunta	12	17
Pirkanmaa	11	11
Keski-Suomi	14	14
Etelä-Pohjanmaa	12	14
Vaasa	9	13
Keski-Pohjanmaa	7	7
Länsi-Suomen lääni	11	13

Kuvantamisyksikön omaavista terveyskeskuksista 74 %:lla (54 terveyskeskusta) oli ultraäänilaitte. Lisäksi oli neljä terveyskeskusta, jotka ilmoittivat, että niissä ei ollut omaa röntgenyksikköä, mutta oli oma ultraäänilaitte. Terveyskeskusten ultraäänilaitteet soveltuivat pääsääntöisesti ylävatsan ultraäänitutkimusten tekemiseen ja lähes kaikki myös obstretrisiin tutkimuksiin. Gynekologisiin tutkimuksiin laitteista soveltui alle puolet. Noin puolella laitteista tehtiin pehmytkudostutkimuksia ja kilpirauhastutkimuksia. Lisäksi kolmannelta laitteista käytettiin nivelten, erityisesti olkanivelen, tutkimuksiin ja harvemmin prostatan, virtsateiden ja rintojen tutkimuksiin. Kaulan verisuonia ja sydäntä tutkittiin muutamilla yksittäisillä laitteilla. Erilaisiin toimenpiteisiin soveltuvat terveyskeskusten ultraäänilaitteet nähdään ylävatsan, obstretristen ja gynekologisten tutkimusten osalta alueittain karttakuvassa 20.

Yksiköillä on varsin yleisesti käytössään röntgenlääkäripalveluja. Ne puutuivat vain yhdestä sellaisesta terveyskeskuksesta, jossa oli oma röntgen. Lisäksi yhdellä vain ultraäänilaitteita omistavalla terveyskeskuksella ja seitsemällä muulla terveyskeskuksella oli mahdollisuus käyttää röntgenlääkäriin palveluja. Röntgenlääkäriin palvelut oli tavallisimmin käytännössä järjestetty siten, että yksityinen rtg-lääkäri ammatinharjoittajana tai palveluja tuottavan osakeyhtiön puitteissa kävi terveyskeskuksessa lausumassa kuvia ja tekemässä ultraäänitutkimuksia. Kuvia lähetettiin myös yksityisiin laitoksiin lausuttaviksi. Lähes yhtä yleistä oli vastaava yhteistyö keskussairaalan tai aluesairaalan kanssa. Osassa terveyskeskuksista tehtiin yhteistyötä useiden eri tahojen kanssa. Viidessä terveyskeskuksessa oli oma rtg-lääkäri.

31 terveyskeskusta oli ilman omaa rtg-yksikköä. Ne hankkivat palvelunsa tavallisimmin aluesairaalaista, mutta usein mainittiin useampi kuin yksi yhteistyökumppani. 70 % teki yhteistyötä aluesairaalan kanssa, 40 % toisen terveyskeskuksen, viidennes keskussairaalan ja viidennes samoin yksityisten laitosten kanssa.



Ympäristöterveydenhuolto

Kansanterveystyö²⁰ sisältää sekä terveyskeskuksen toiminnan että ympäristöterveydenhuollon. Ympäristöterveydenhuollolla tarkoitetaan yksilön ja hänen elinympäristönsä terveydensuojelua. Myös eläinlääkintähuolto liittyy kansanterveyslain myötä kiinteästi kansanterveystyöhön. Näistä syistä myös ympäristöterveydenhuolto on ollut yksi osa terveyskeskusten valmiussuunnitelmaa. Kansanterveyslakia muutettiin vuonna 1997, jonka jälkeen ympäristöterveydenhuolto ei ole enää aina osa kansanterveystyötä, vaan se voi kuulua muuhun toimielimeen. Lainmuutoksen jälkeen ympäristönsuojelu ja ympäristöterveydenhuolto on voinut kuulua myös yhteisen toimielimen alaisuuteen.

Kyselyssä ympäristöterveydenhuoltoa kartoitettiin vain pintapuolisesti, koska tiedettiin, että ympäristöterveydenhuollon suunnittelua varten oli tulossa uutta ohjeistusta²¹. Tarkoituksena on, että ympäristöterveydenhuoltoa kartoitetaan erillisellä kyselyllä myöhemmin.

Enemmistö (63 %) terveyskeskuksista on sisällyttänyt ympäristöterveydenhuollon valmiussuunnitelman terveyskeskuksen muuhun valmiussuunnitelmaan. Suunnitelma oli erillinen 35:ssä terveyskeskuksessa ja lisäksi neljän terveyskeskuksen tieto puuttuu. Vaasa ja Varsinais-Suomi ovat aktiivisimmin tehneet yhteiset suunnitelmat. Etelä- ja Keski-Pohjanmaalla yhteisten suunnitelmien osuus on pienin. Sairaanhoidopiirien väliset erot ovat taulukossa 12.

Kaksitoista terveyskeskusta ilmoitti että ympäristöterveydenhuolto kuuluu toiselle hallinnonalalle, eikä valmiussuunnittelussa ole yhteistyötä. Lisäksi oli 13 terveyskeskusta, joissa ympäristöterveydenhuolto kuuluu toiselle hallinnonalalle, mutta valmiussuunnitelmien teossa on yhteistyötä. Alueellinen tilanne on esitetty karttakuvassa 21. Yhteistyö tapahtui tavallisimmin tartuntatauti-epidemioiden selvitystyöryhmän toiminnan kautta. Osassa kuntia ympäristöterveydenhuollon palvelut on ulkoistettu ja ostetaan yksityissektorilta.

Ne 66 terveyskeskusta, joissa ympäristöterveydenhuollon valmiussuunnitelma on osa terveyskeskuksen valmiussuunnitelmaa, antoivat arvionsa siitä, miten hyvä ympäristöterveydenhuollon suunnitelma oli sisällöltään. Hyväksi suunnitelman arvioi noin 80 % terveyskeskuksista. Näitä hyviä suunnitelmia oli yhteensä 51 kpl. Melko huonoja suunnitelmia oli yhteensä kymmenessä terveyskeskuksessa ja suunnitelma ilmoitettiin täysin puuttuvaksi tai puutteelliseksi kahdessa terveyskeskuksessa.

²⁰ Kansanterveyslaki 66/1972 1 §.

²¹ Ympäristöterveyden erityistilanteiden opas. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2000:4.

Taulukko 12

Niiden terveyskeskusten osuus sairaanhoitopiireittäin, joissa terveyskeskuk-
sen valmiussuunnitelmaan sisältyy myös ympäristöterveydenhuollon valmius-
suunnitelma

sairaanhoitopiiri	% terveyskeskuksista
Varsinais-Suomi	74
Satakunta	67
Pirkanmaa	57
Keski-Suomi	57
Etelä-Pohjanmaa	50
Vaasa	89
Keski-Pohjanmaa	50
Länsi-Suomi	63

Ruokamyrkytysten yhteistyöryhmiä löytyi 75 terveyskeskuksesta, mikä on 71 % kaikista terveyskeskuksista. Asia tunnettiin varsin hyvin, sillä vain kolme vastausta jäi puuttumaan. Vaasan alueella yhteistyöryhmä toimii kaikissa terveyskeskuksissa. Keski-Pohjanmaalla ja Satakunnassa niiden terveyskeskusten osuus, joissa on yhteistyöryhmä, on pienin, 50 %. Ruokamyrkytysten yhteistyöryhmien yleisyys alueittain on karttakuvassa 22.

Ruokamyrkytysten yhteistyöryhmien toiminta oli vuonna 1999 hyvin passiivista. Ryhmät kokoontuivat keskimäärin yhden kerran vuodessa, mutta 60 %:ssa terveyskeskuksista, jotka ilmoittivat, että heillä on yhteistyöryhmä, ei ollut yhtään kokousta tuona vuonna. Lisäksi noin 20 %:ssa terveyskeskuksista ryhmä kokoontui vain kerran. 20 % terveyskeskuksista oli aktiivisia ja niissä yhteistyöryhmä kokoontui 2–8 kertaa vuoden aikana. Näitä aktiivisia terveyskeskuksia läänissä oli vain 16 kpl.

Ruokamyrkytysten yhteistyöryhmän jäsenenä oli lähes kaikissa yhteistyöryhmissä terveystarkastaja. Lähes kaikissa ryhmissä oli myös lääkärijäsen, tavallisimmin johtava lääkäri tai ylilääkäri, mutta viidenneksessä ryhmiä jäsenyys oli annettu muulle tartuntataudeista vastaavalle lääkärille. Eläinlääkäri oli usein yhteistyöryhmän jäsen, mutta puuttui kuitenkin viidenneksestä ryhmistä. Terveysvalvonnan johtaja oli yhdentoista ryhmän jäsen. Hoitohenkilökuntaa edusti useimmin terveydenhoitaja. Ylihoitaja, osastonhoitaja, työterveyshoitaja ja sairaanhoitaja olivat kukin mukana alle kymmenessä yhteistyöryhmässä. Hygieniahoitaja mainittiin kolmasti ja hygieenikko kahdesti. Ravitsemuspäällikkö ja laboratorionhoitaja olivat mukana kahdessa ryhmässä ja yhtä ryhmää veti ympäristöterveydenhuollon johtava lääkäri.

Pohdinta

Tämän kyselyn tulokset ovat ensiarvoisen tärkeitä muodostettaessa yleiskuvaa Länsi-Suomen läänin terveydenhuollon toimintavalmiudesta. Ilman kyselyä olisi ollut mahdotonta saada yleiskuvaa 105 terveyskeskuksen toimintavalmiuksista. Vastauksissa saattaa olla epätarkkuutta ja virheitäkin, mutta tiedot ovat kuitenkin riittävän luotettavia yleiskuvan saamiseksi. Osa tiedoista vanhenee nopeasti, mutta silti kyselyn tulokset antavat riittävän hyvän yleiskuvan terveydenhuollon valmiussuunnittelun tarpeisiin.

Terveyskeskuksen ilmoittamat suurimmat riskit liittyvät liikenteeseen. Näiden riskiarvioiden taustalla näyttäisivät olevan kuntien pelastuslaitoksen tekemät arviot erilaisista kunnan alueen riskitilanteista. Riskiarvioissa korostuvat erityisesti aineelliset vahingot ja niiden yhteydessä aiheutuvat henkilövahingot. Terveydenhuollolla on parhaat toimintavalmiudet juuri tällaisiin onnettomuuksiin, sillä näiden tilanteiden edellyttämää valmiutta testataan päivittäin. Terveyskeskusten riskiarvioihin ei sisälly tyypillisiä terveydenhuollon riskitilanteita, kuten esimerkiksi juomaveden pilaantuminen mahdollisen biologisen tekijän (B) tai kemiallisten aineiden aiheuttaman saastuttamisen seurauksena. Nämä ovat niitä tilanteita, joiden mahdollisuutta ja vakavuutta väestön terveydelle tulisi pohtia. Vuonna 2000 vielä riitti, että varauduttiin järkeviin onnettomuustilanteisiin. Kyselyn raportoinnin tässä vaiheessa syksyllä 2001 ymmärrämme, ettei tämäkään riitä vaan on pohdittava myös mahdolltomalta tuntuvat vaihtoehdot. Onnettomuudet ja vahingoittamistarkoituksessa aiheutetut erityistilanteet ovat luonteeltaan sellaisia, joissa ei riitä vain yhden viranomaisen toimintavalmius vaan tarvitaan hyvä valmius viranomaisten yhteistyöhön.

Viime vuosikymmenen aikana on korostetusti ajateltu terveydenhuollon taloudellisuutta. Kuntayhtymiä on purettu ja muodostettu pieniä toimintayksiköitä, jotka ovat häiriöherkkiä poikkeusoloissa. Niissä on toimintavaikeuksia jo normaalioloissakin. Terveyskeskuksen pitäisi pystyä itse tuottamaan perusterveydenhuollon palvelut. Näin ei kuitenkaan ole, vaan palveluja hankitaan ostopalveluina. Erikoissairaanhoido tuottaa terveyskeskuksille päivystys-, röntgen- ja laboratoriopalveluja. Sairaaloiden lääkekeskukset huolehtivat myös terveyskeskusten lääkehuollosta. Kuinka nämä toiminnat voidaan turvata poikkeusoloissa, jolloin posti ei kulje eikä autoihin riitä polttoaine? Tällä raportilla ei haluta muuttaa kehityksen normaalia kulkua, mutta toimintavalmiudesta vastaavien tulee tiedostaa kehitykseen liittyvät riskitekijät ja ottaa toiminnan ulkoistamista koskeviin sopimuksiinsa mukaan kohdat, jotka varmistavat palvelut myös poikkeusoloissa.

Hyvänä ajankohtaisena esimerkkinä voidaan tuoda esiin terveyskeskuksilta edellytettävät toimintavalmiudet tarttuvaan tautiin liittyvässä poikkeustilanteessa. Terveyskeskuksilla pitäisi olla aina valmius verinäytteiden ottamiseen ja yleisten rokotusten toteuttamiseen hyvinkin lyhyessä ajassa. Miten selvittää, jos henkilökunta ei normaalisti ota verinäytteitä eikä terveyskeskuksella ole edes näytteenottovälineitä riittävästi? Epidemiatilanne voi edellyttää nopeasti toteutettavia keuhkokuivauksia sekä verinäytteiden lisäksi myös bakteerinäytteiden ottamista nenänielusta tai ulosteista.

Terveyskeskusten valmiussuunnittelu on jatkuvaa toimintaa. Terveyskeskusten valmiussuunnitelmiin tulisi sisältyä suunnitelma siitä, miten valmiussuunnitelmaa uusitaan ja muutoin pidetään ajan tasalla. Valmiussuunnittelun kehittämisen tulee olla osa terveyskeskusten rutiinityötä. Työtä voidaan helpottaa kehittämällä sairaanhoitopiirien alueellisten valmiussuunnitelmien ja terveyskeskusten valmiussuunnitelmien rakenteellista yhdenmukaistamista, joka luontevalla tavalla samalla tukee toimintojen yhteensovittamista.

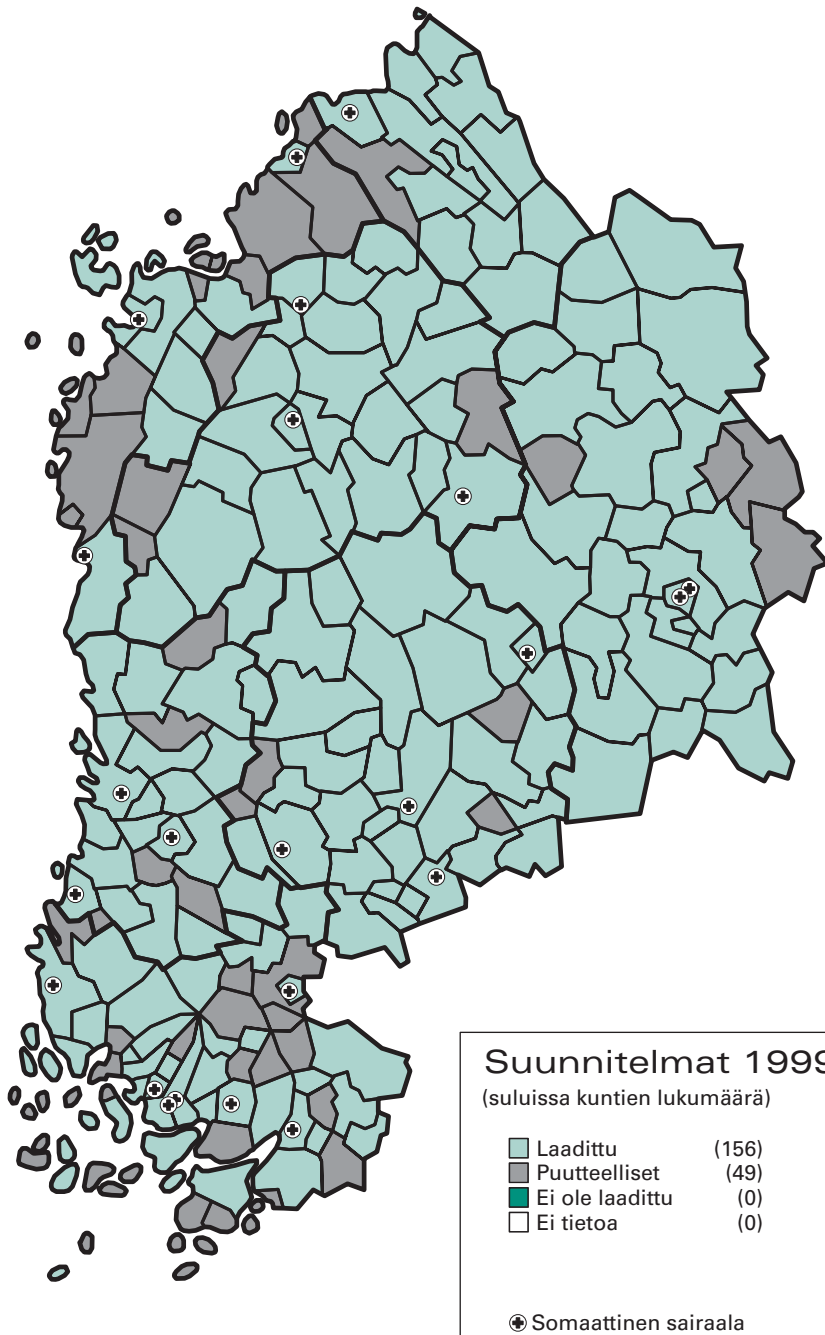


Karttakuvat

Karttakuva 1.	Yhteenvedo kuntien väestönsuojelun terveydenhuollon suunnitelmista	41
Karttakuva 2.	Miltä vuodelta on terveyskeskuksen nykyinen valmiussuunnitelma?	42
Karttakuva 3.	Miten hyvin nykyinen valmiussuunnitelma vastaa terveyskeskuksenne tämän hetkisiä tarpeita?	43
Karttakuva 4.	Paljonko terveyskeskuksessa on tällä hetkellä työssä lääkäreitä?	44
Karttakuva 5.	Terveyskeskuksen ilmoittamat sairausautot	45
Karttakuva 6.	Miten terveyskeskus järjestää lääkäripäivystyksen virka-ajan ulkopuolella?	46
Karttakuva 7.	Kuinka paljon terveyskeskuksessa on lääkärin vastaanottiloja? ..	47
Karttakuva 8.	Kuinka paljon terveyskeskuksessa on toimenpidehuoneita?	48
Karttakuva 9.	Onko ainakin osassa toimenpidetiloissa varavoima?	49
Karttakuva 10.	Kuinka monta toimenpidettä tehdään kymmenestä listan toimenpiteestä?	50
Karttakuva 11.	Tehdään leikkauksia yleisanestesiassa.	51
Karttakuva 12.	Onko terveyskeskuksella valmius normaalin synnytyksen hoitoon?	52
Karttakuva 13.	Onko terveyskeskuksella välineet pleuraonteloon asetettavaa dreeniä varten?	53
Karttakuva 14.	Onko terveyskeskuksella tähytystutkimuksiin omat tutkimuslaitteet?	54
Karttakuva 15.	Mikä on terveyskeskuksen vuodeosaston/osastojen keskimääräinen hoitoaika?	55
Karttakuva 16.	Montako prosenttia PELLA-listan laitteista on terveyskeskuksella? ..	56
Karttakuva 17.	Onko terveyskeskuksella oma lääkekeskus?	57
Karttakuva 18.	Terveyskeskuksen laboratoriotutkimukset	58
Karttakuva 19.	Onko terveyskeskuksella oma röntgen?	59
Karttakuva 20.	Mihin tutkimuksiin ultraäänilaitte soveltuu?	60
Karttakuva 21.	Onko ympäristöterveydenhuollon valmiusyhteistyö terveyskeskuksen ja toisen hallinnonalan välillä järjestetty niissä terveyskeskuksissa, joissa ympäristöterveydenhuolto kuuluu toisen hallinnonalan tehtäviin?	61
Karttakuva 22.	Onko kunnassa ruokamyrkytysten yhteistyöryhmä?	62

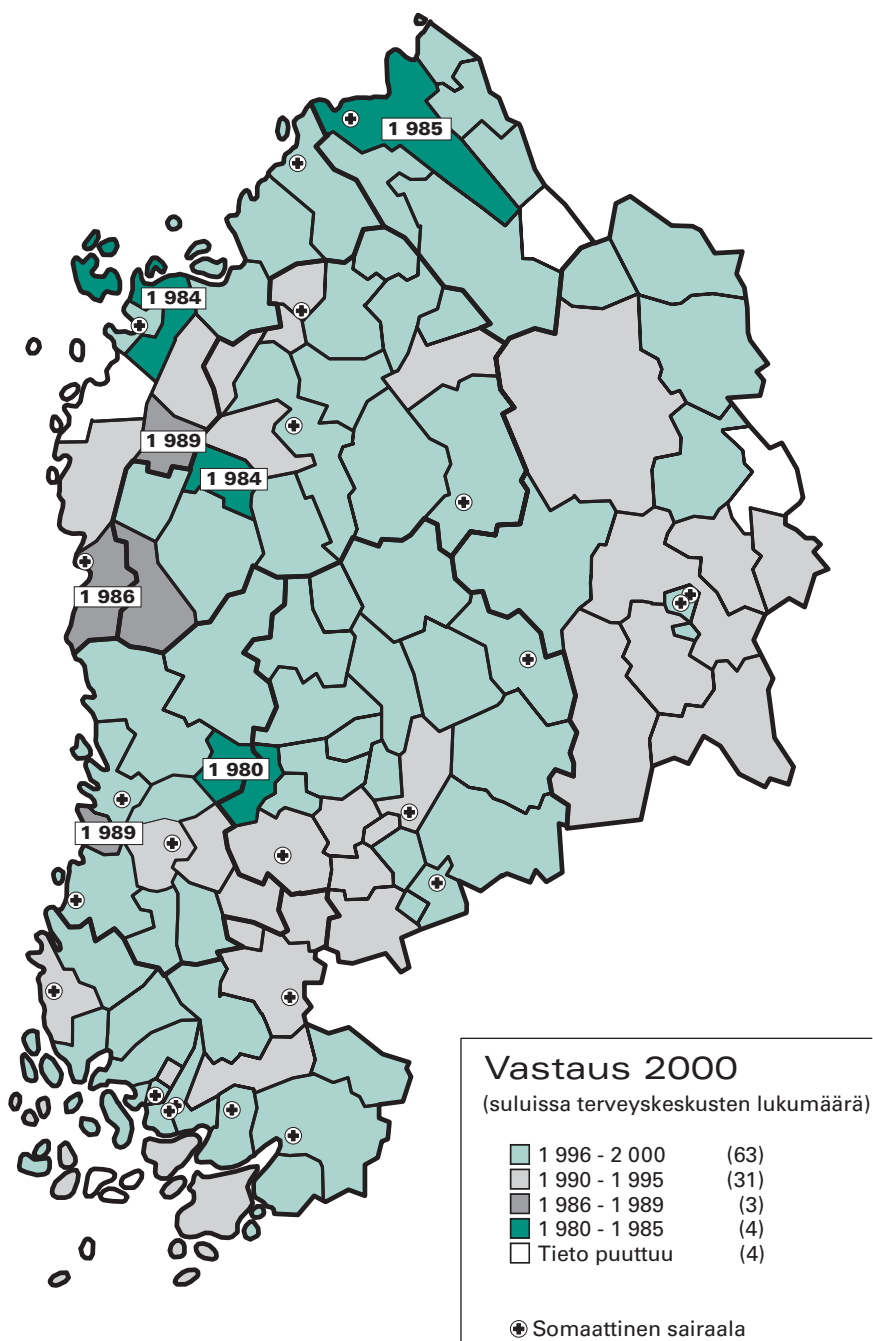
Karttakuva 1.

Yhteenveto kuntien väestönsuojelun terveydenhuollon suunnitelmista



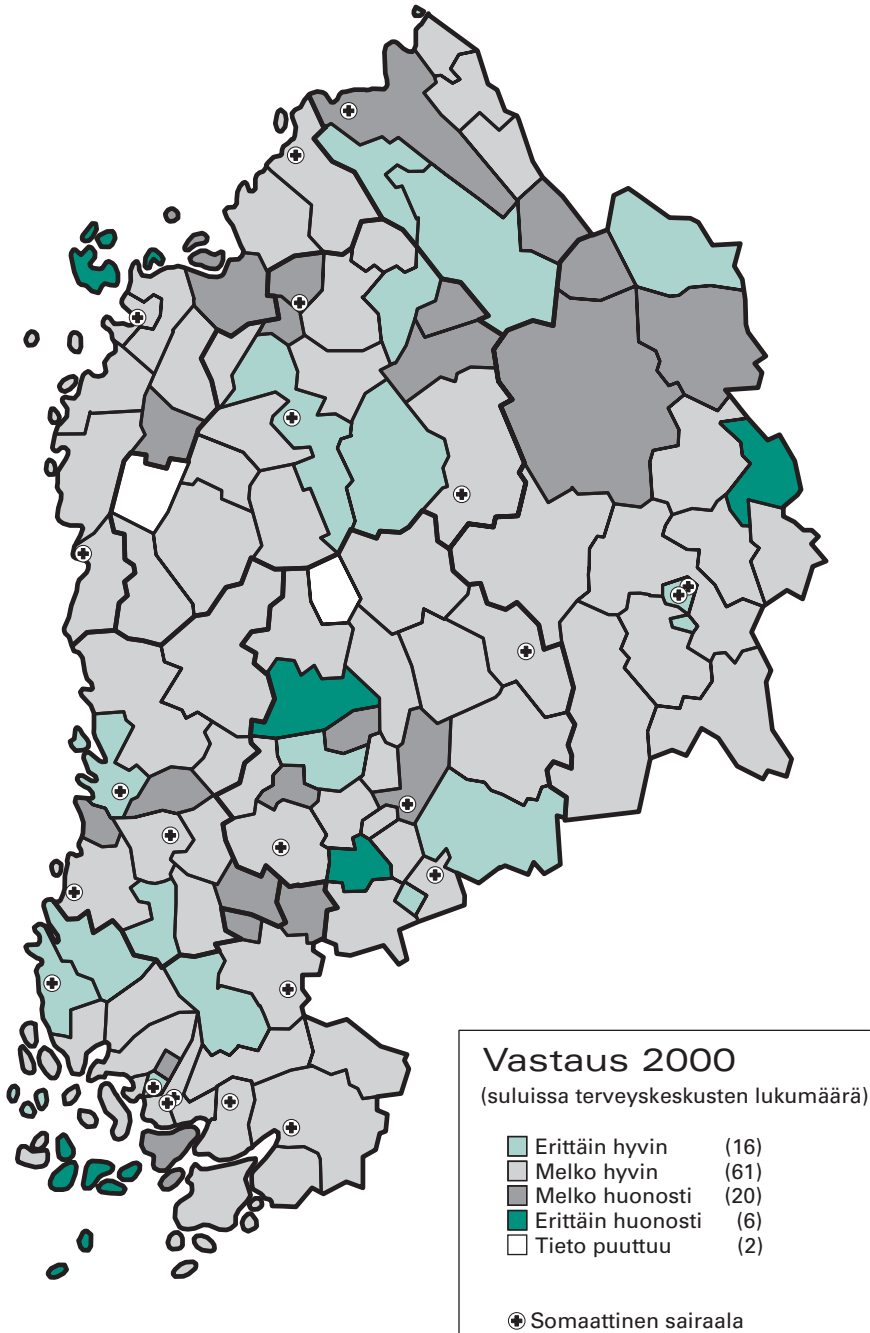
Karttakuva 2.

Miltä vuodelta on terveyskeskuksen nykyinen valmiussuunnitelma?



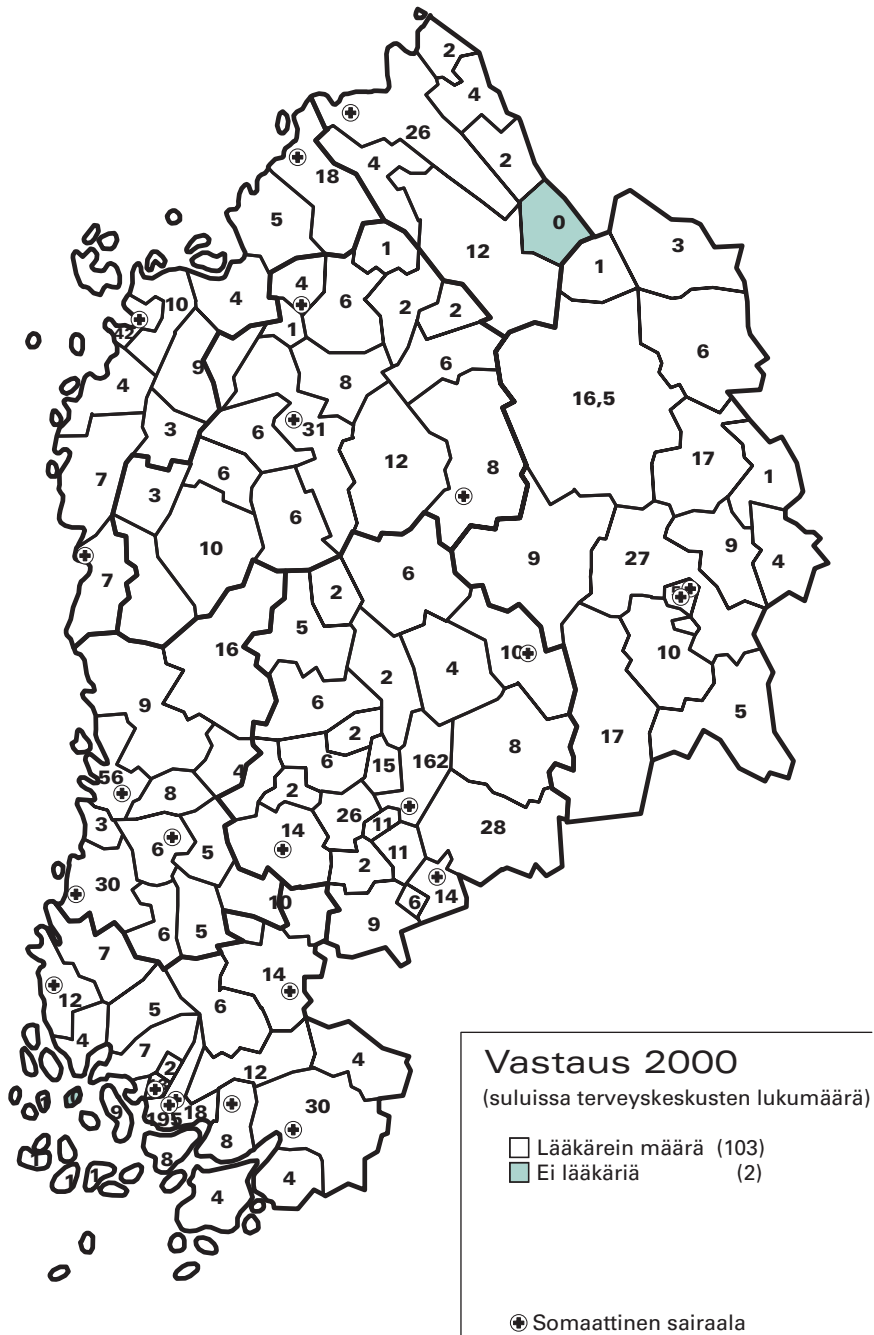
Karttakuva 3.

Miten hyvin nykyinen valmiussuunnitelma vastaa terveyskeskuksenne tämän hetkisiä tarpeita?



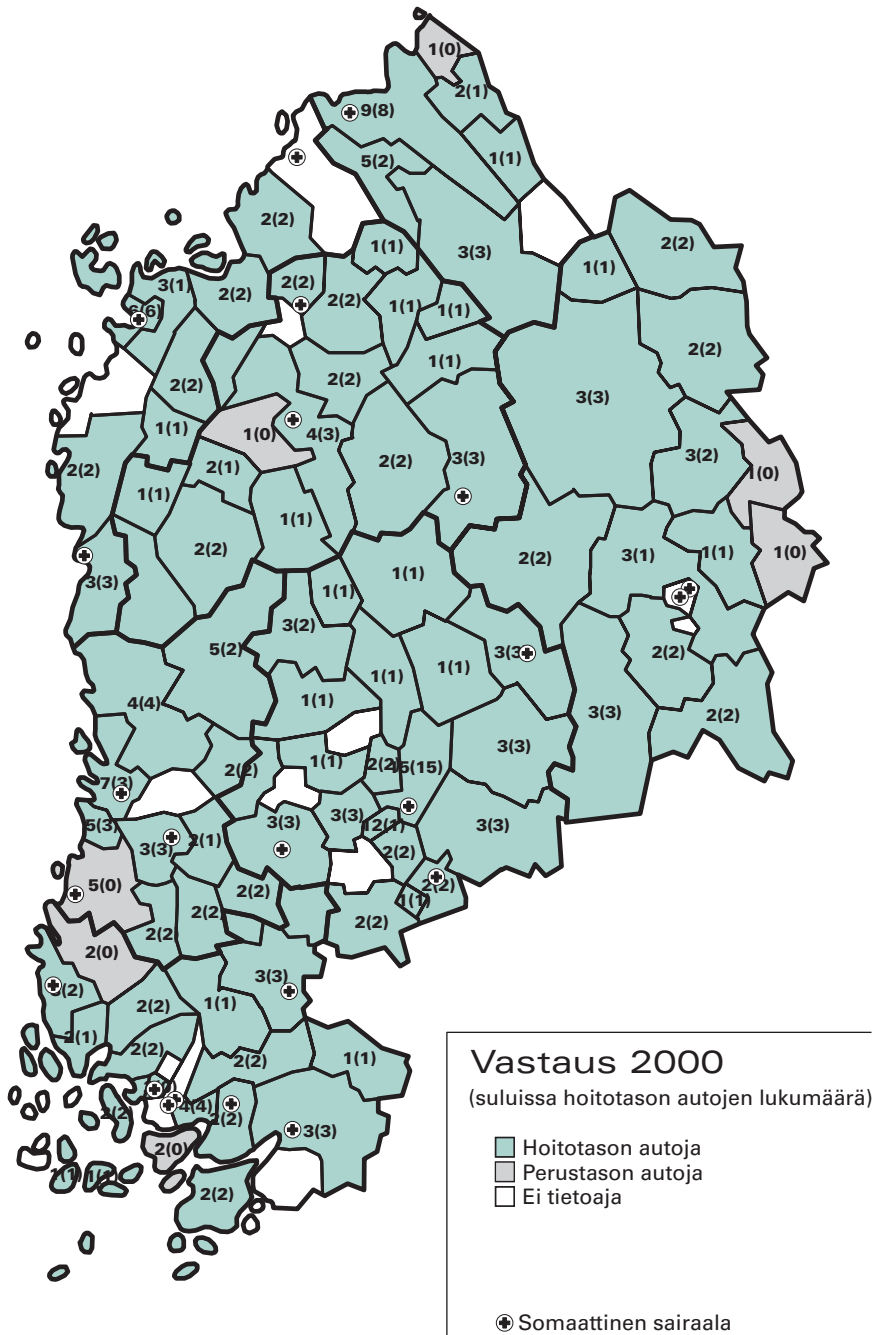
Karttakuva 4.

Paljonko terveyskeskuksessa on tällä hetkellä työssä lääkäreitä?



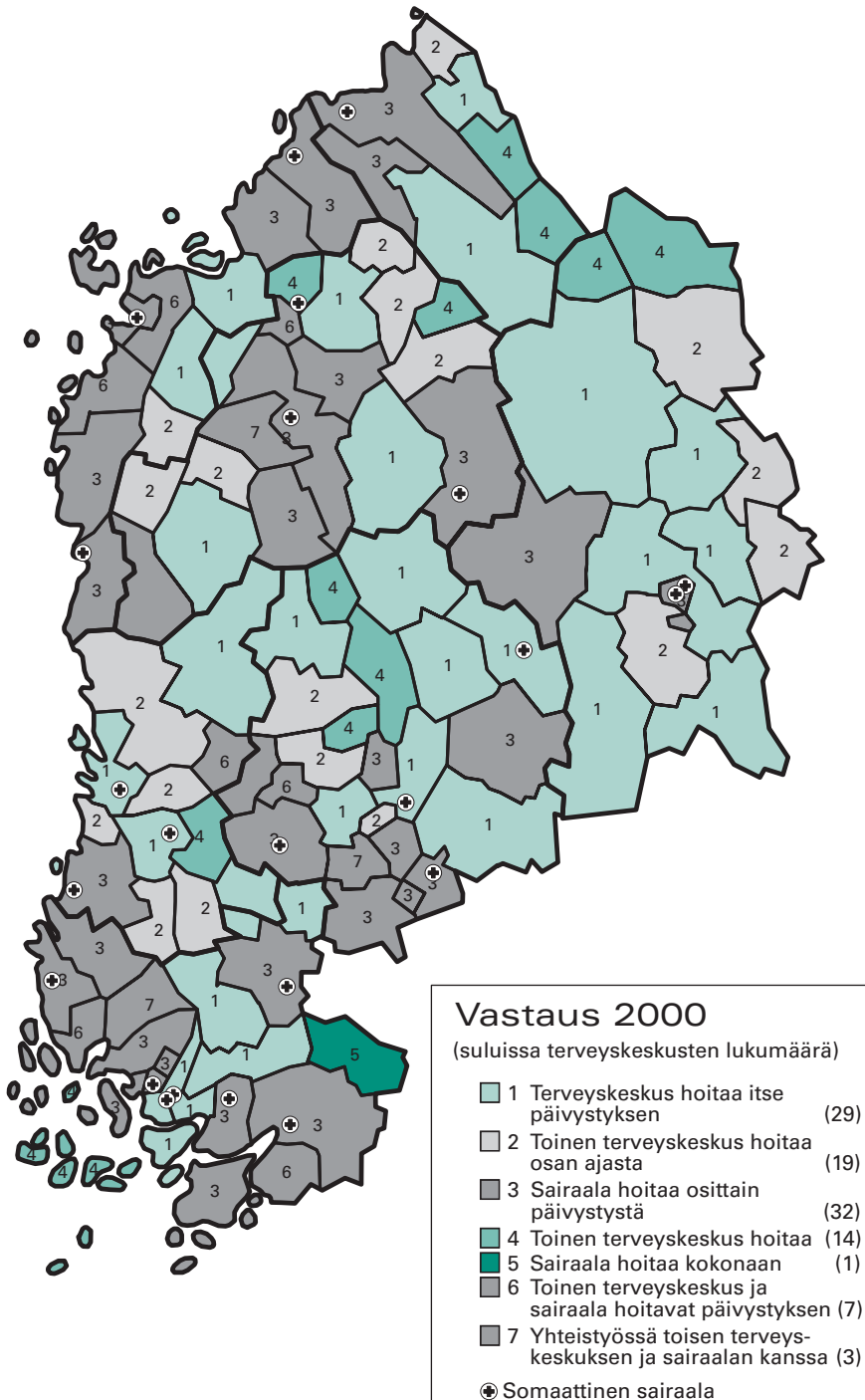
Karttakuva 5.

Terveyskeskuksen ilmoittamat sairausautot



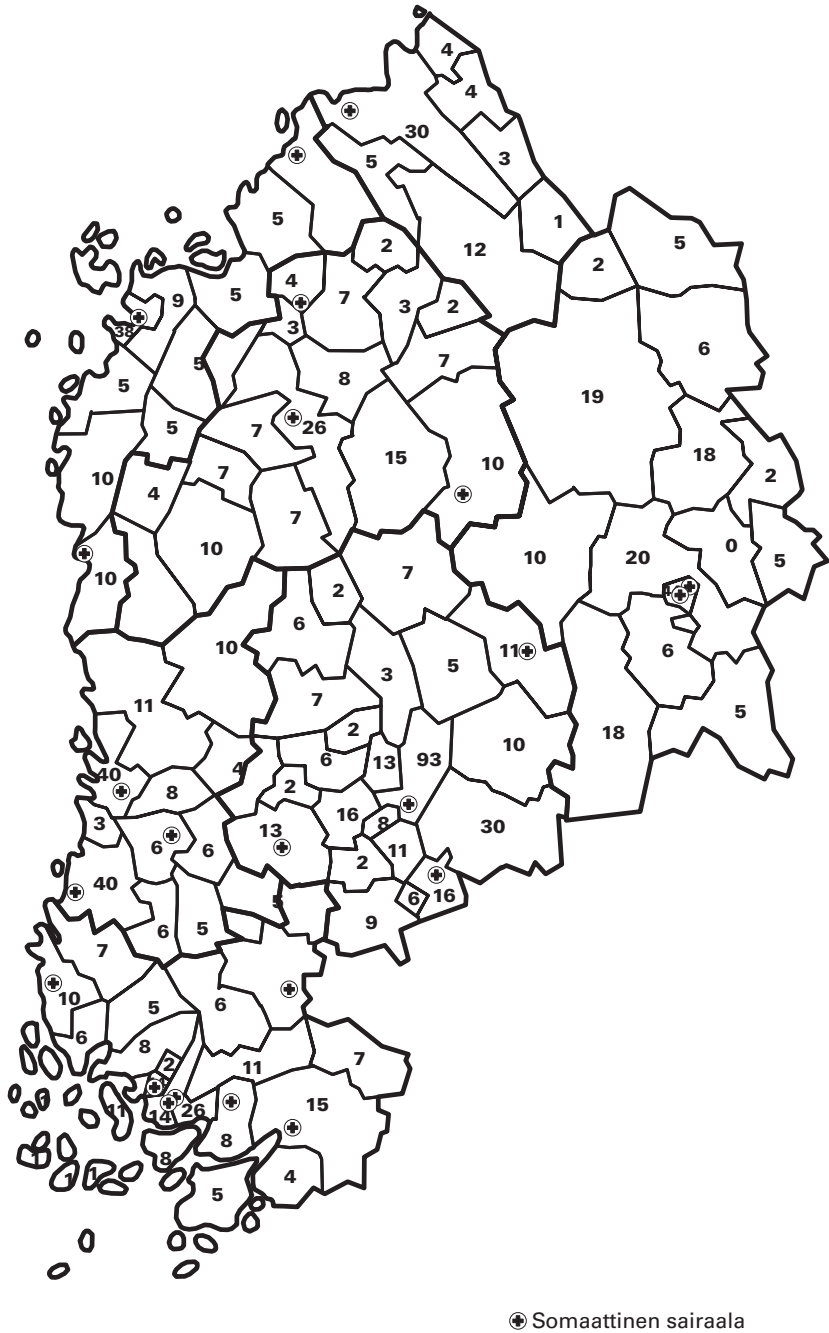
Karttakuva 6.

Miten terveyskeskus järjestää lääkäripäivystyksen virka-ajan ulkopuolella?



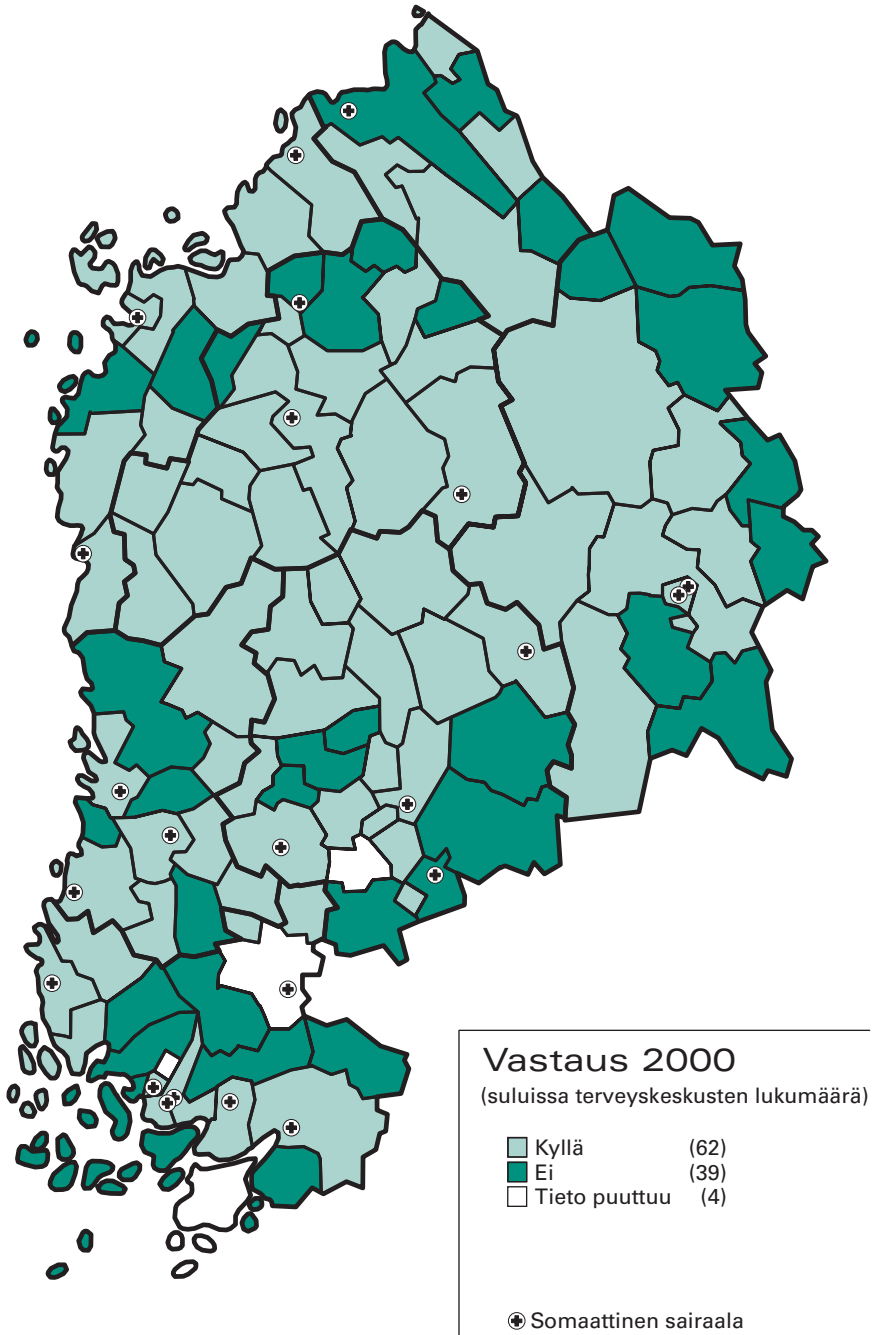
Karttakuva 7.

Kuinka paljon terveyskeskuksessa on lääkärin vastaanottotiloja?



Karttakuva 9.

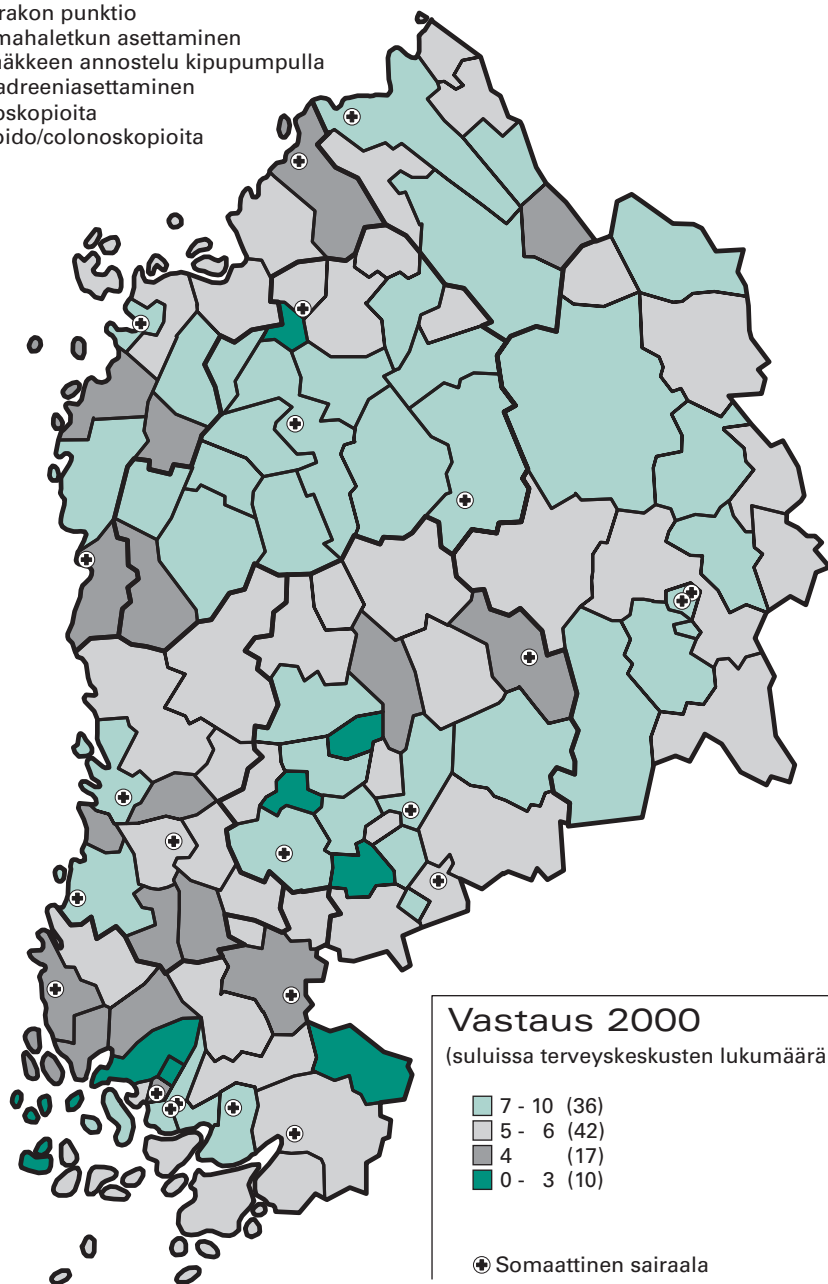
Onko ainakin osassa toimenpidetiloissa varavoima?



Karttakuva 10.

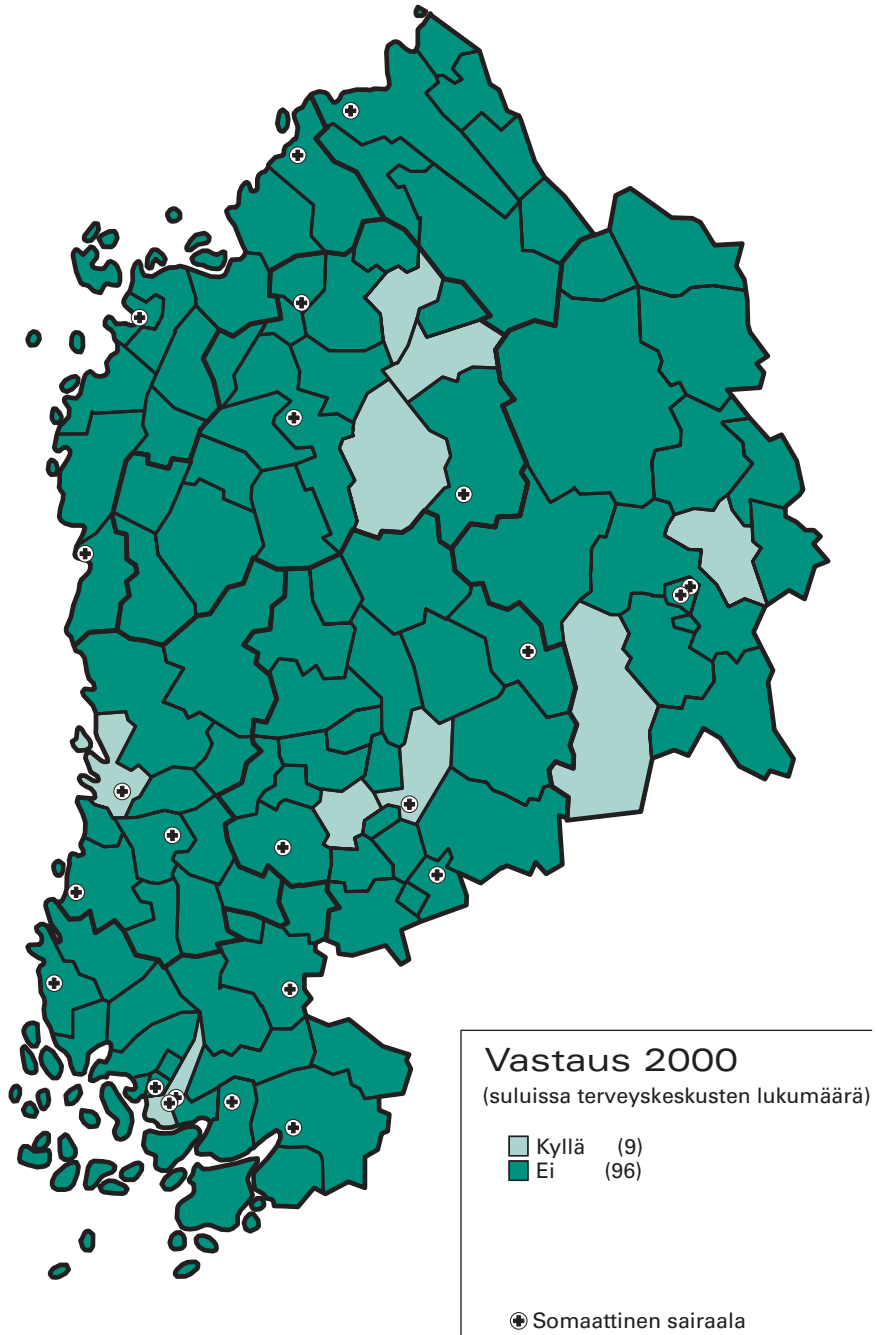
Kuinka monta toimenpidettä tehdään kymmenestä listan toimenpiteestä?

- toimenpiteitä paikallispuudutuksessa
- leikkauksia yleisanestesiassa
- valmius normaalin synnytyksen hoitoon
- subclaviakatetrisaatio
- virtsarakon punktio
- nenämahaletkun asettaminen
- kipulääkkeen annostelu kipupumpulla
- pleuradreeniasettaminen
- gastroskopioita
- sigmoidi/colonoskopioita



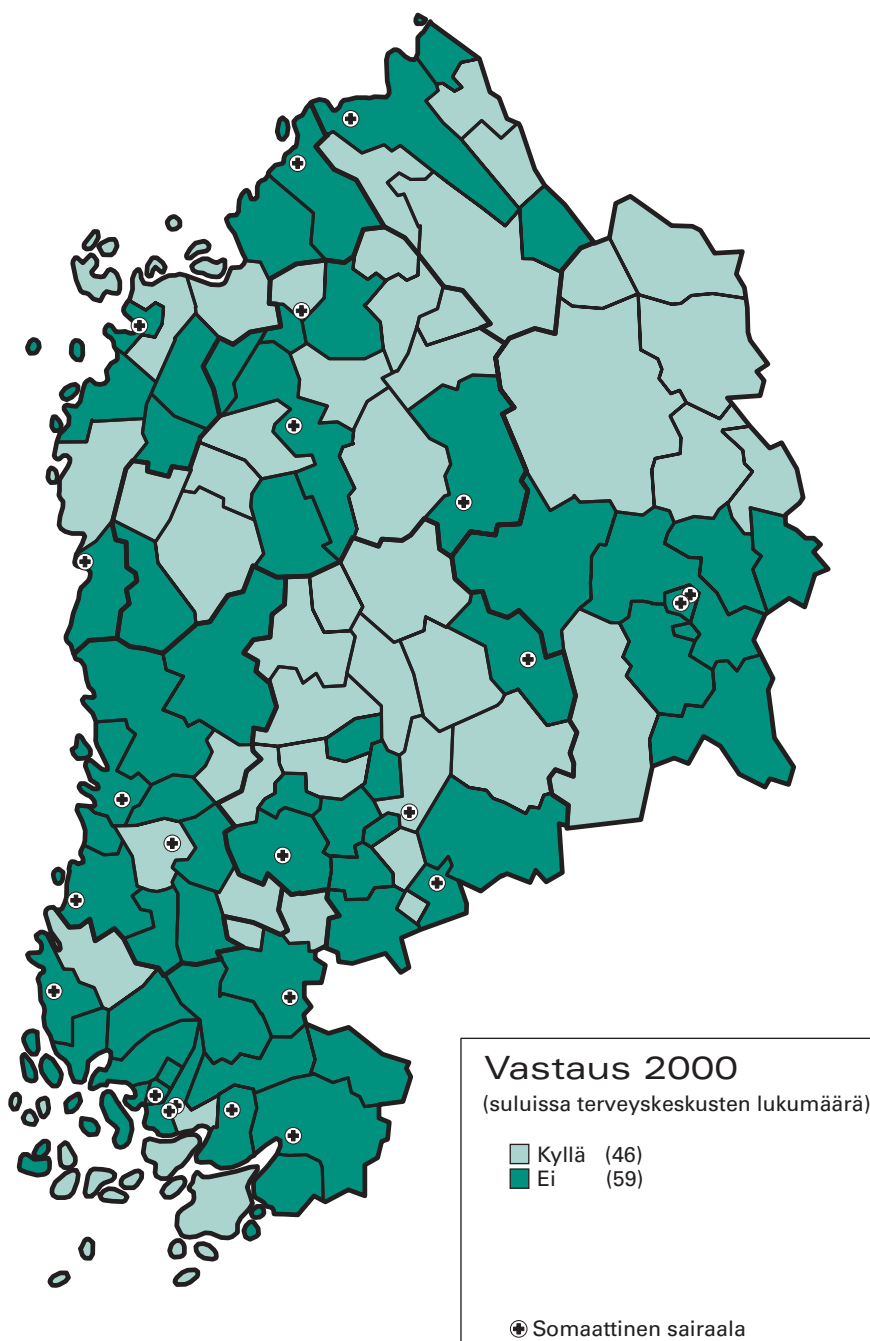
Karttakuva 11.

Tehdään leikkauksia yleisanestesiassa.



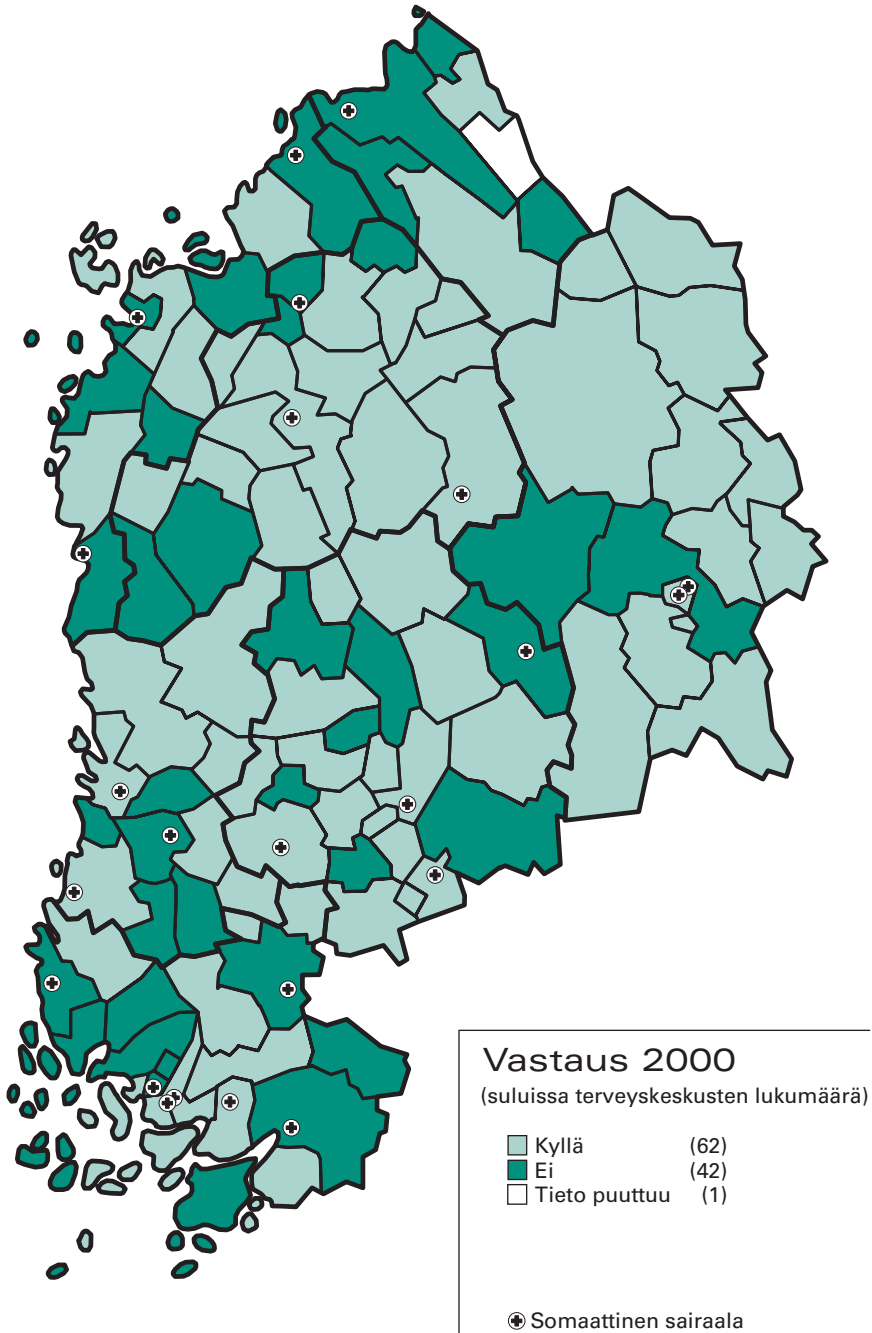
Karttakuva 12.

Onko terveyskeskuksella valmius normaalin synnytyksen hoitoon?



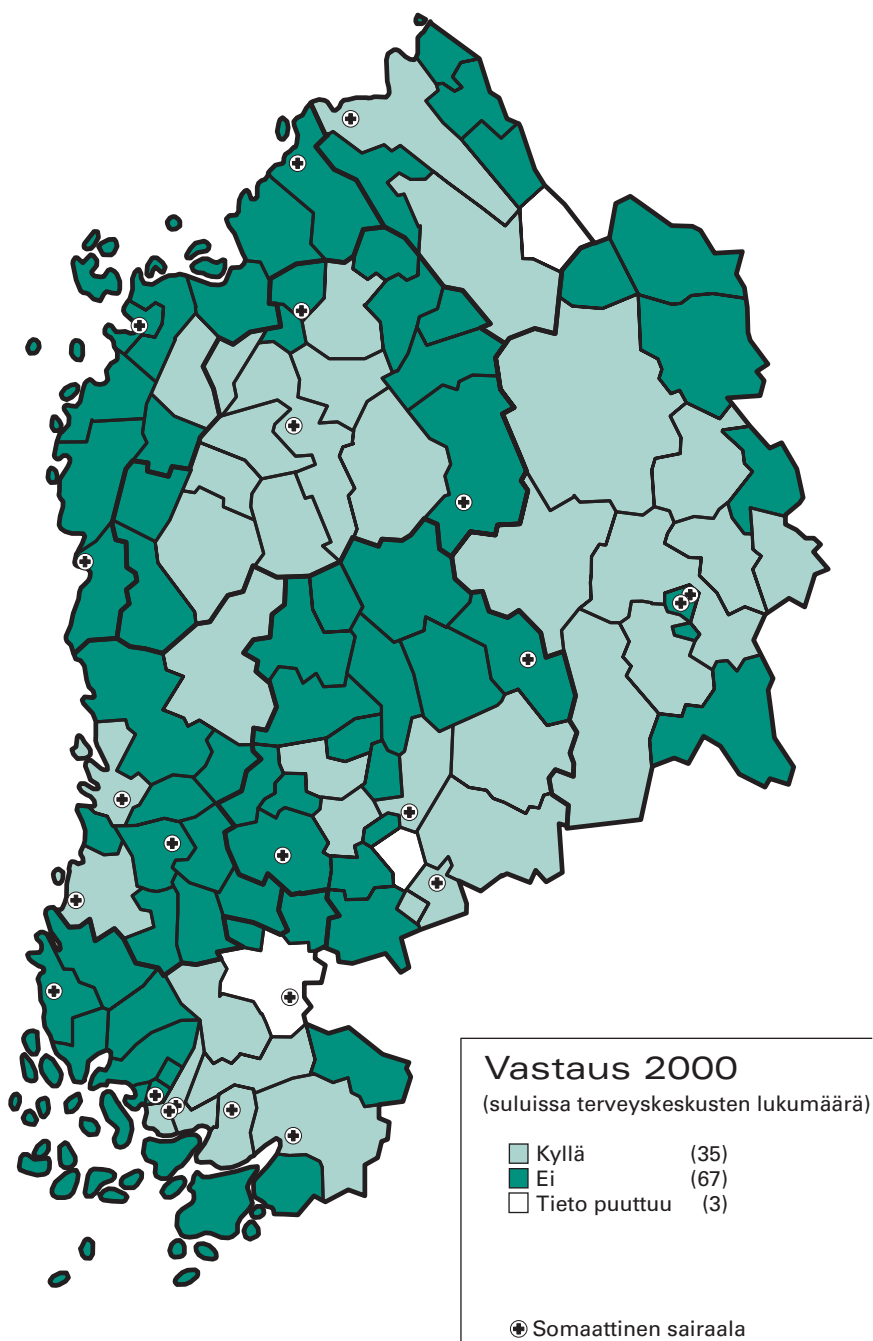
Karttakuva 13.

Onko terveyskeskuksella välineet pleuraonteloon asetettavaa dreeniä varten?



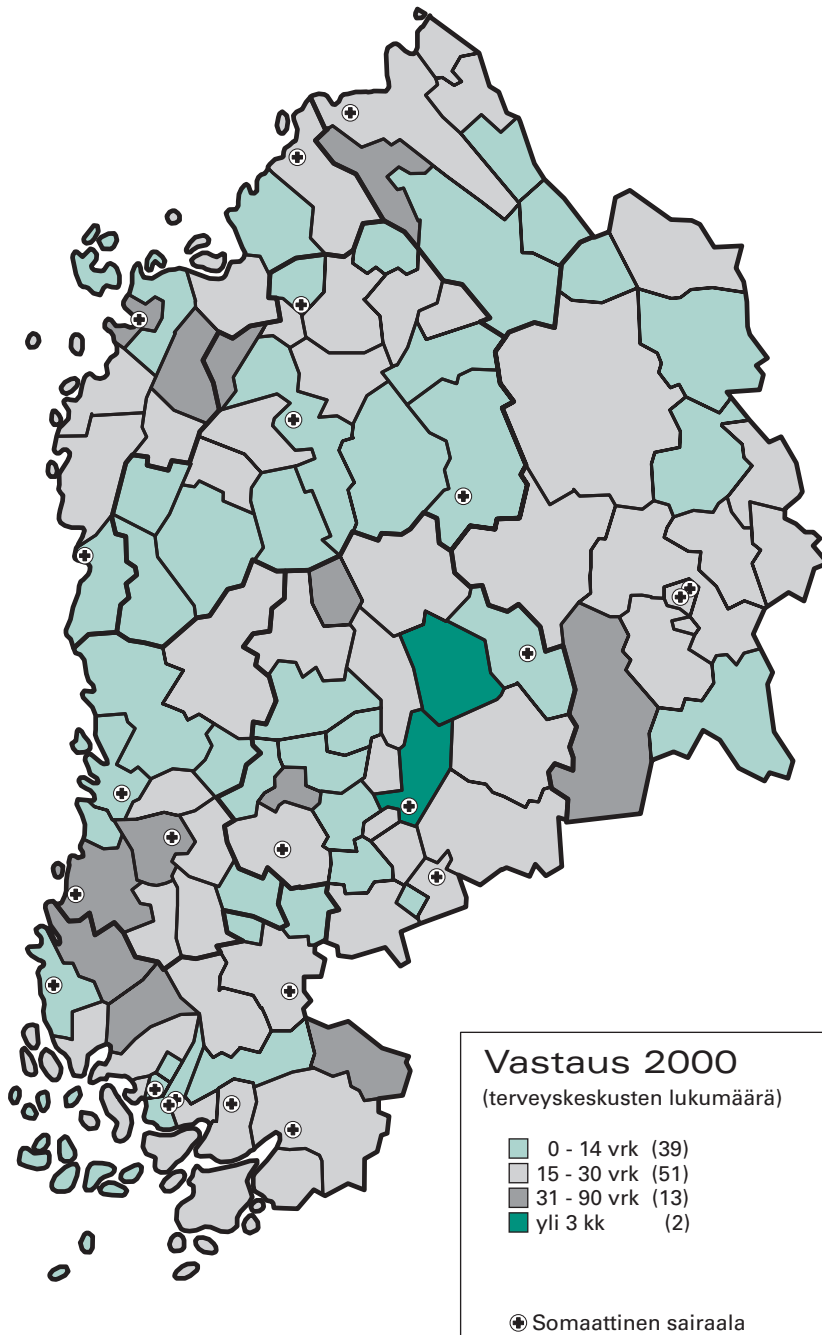
Karttakuva 14.

Onko terveyskeskuksella tähystystutkimuksiin omat tutkimuslaitteet?



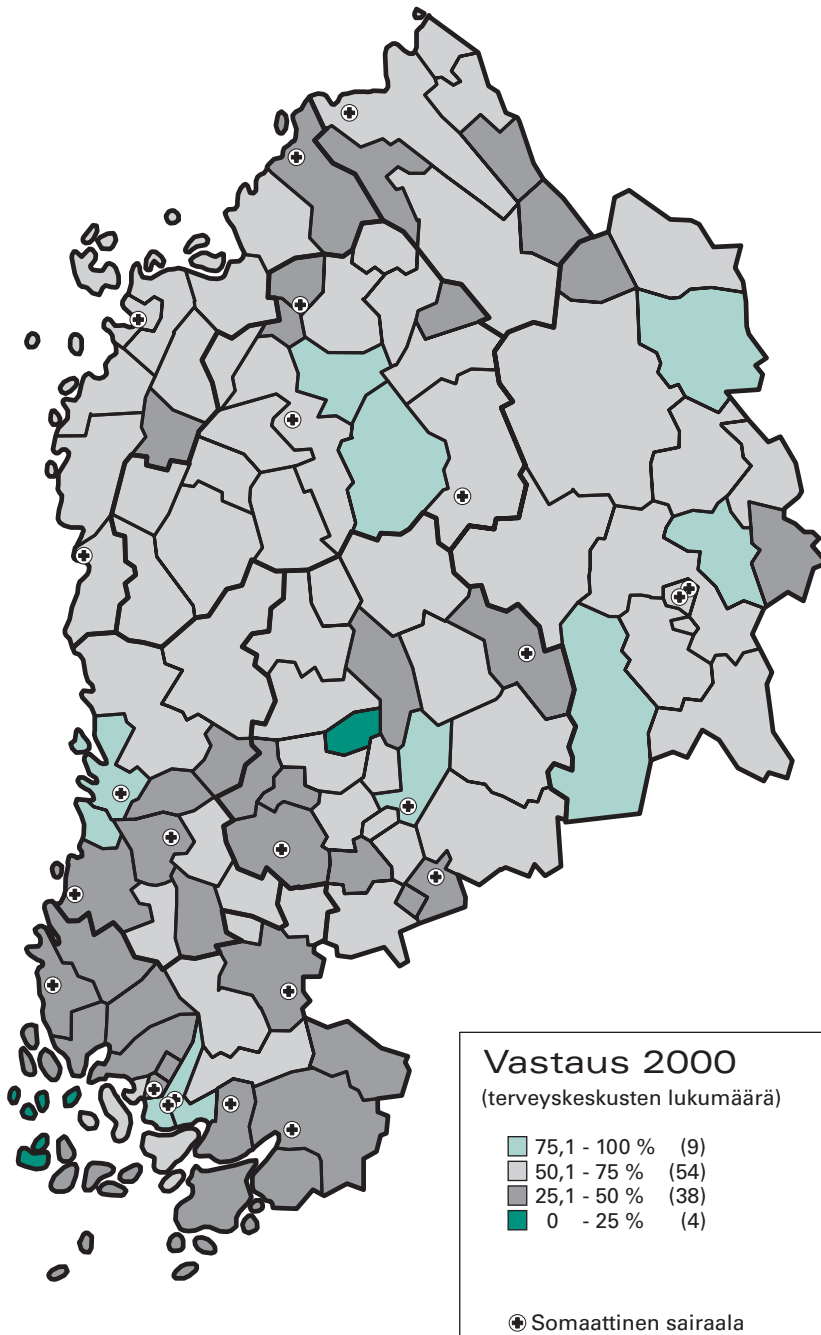
Karttakuva 15.

Mikä on terveyskeskuksen vuodeosaston/osastojen keskimääräinen hoitoaika?



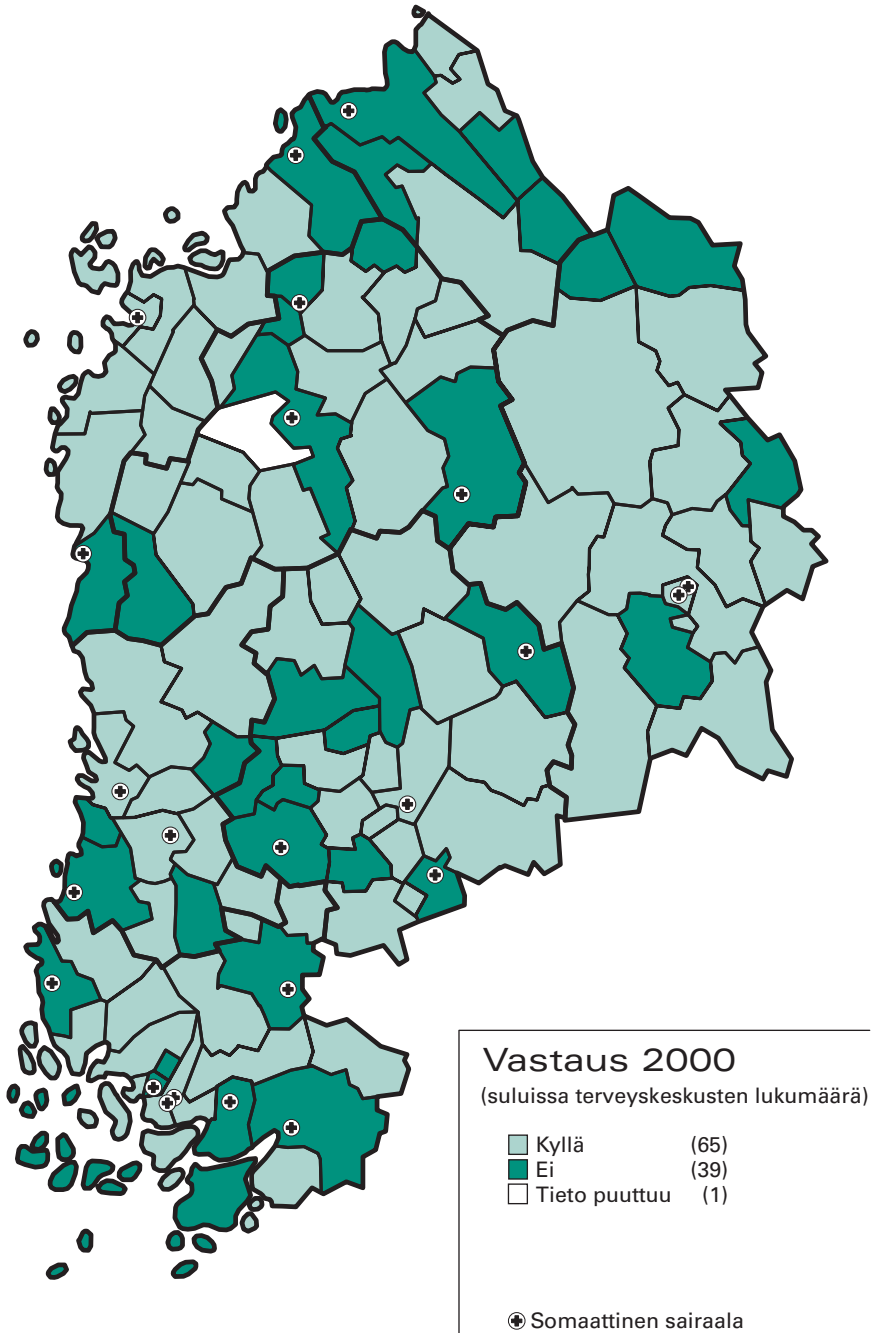
Karttakuva 16.

Montako prosenttia PELLA-listan laitteista on terveyskeskuksella?



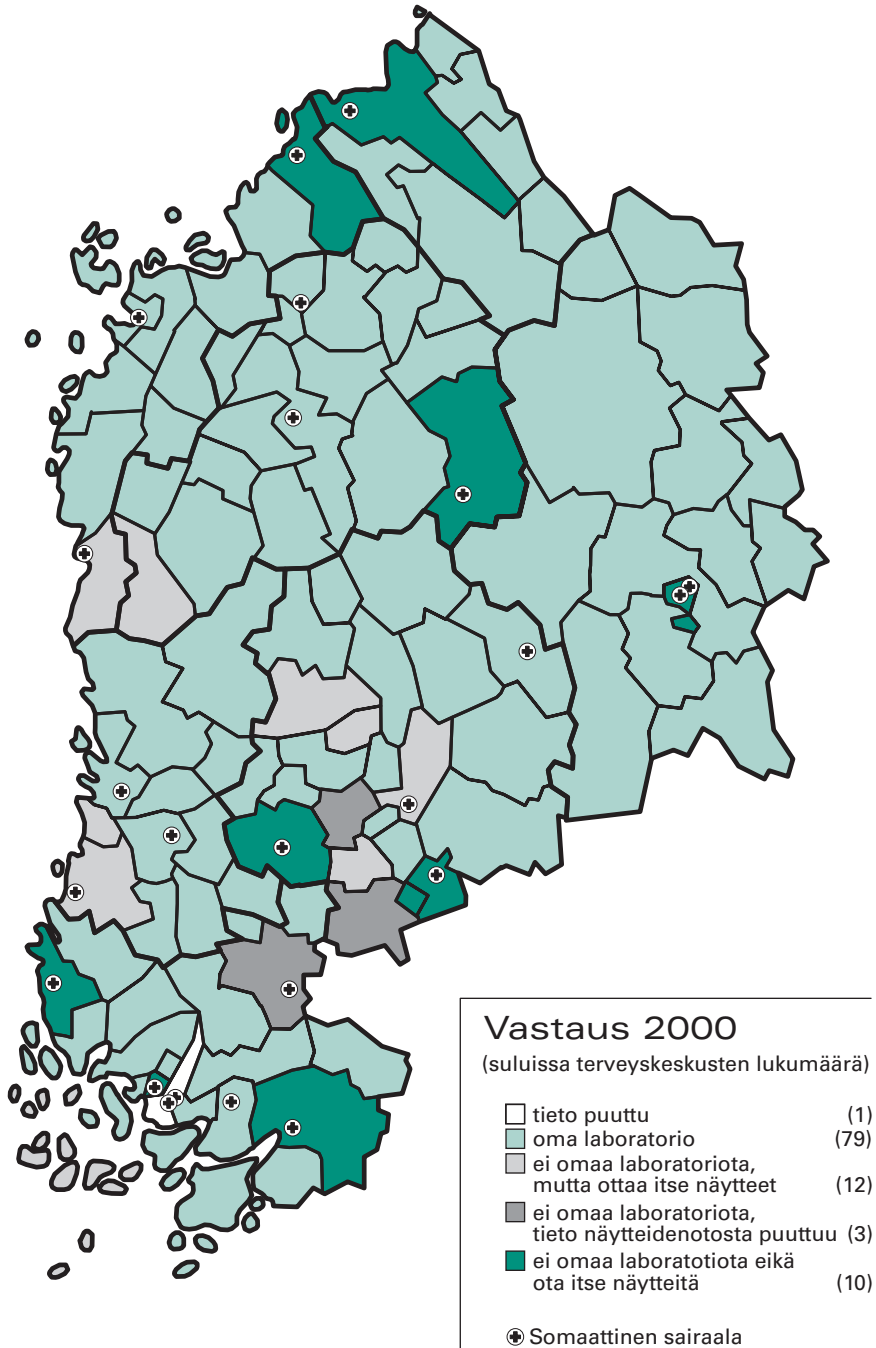
Karttakuva 17.

Onko terveyskeskuksella oma lääkekeskus?



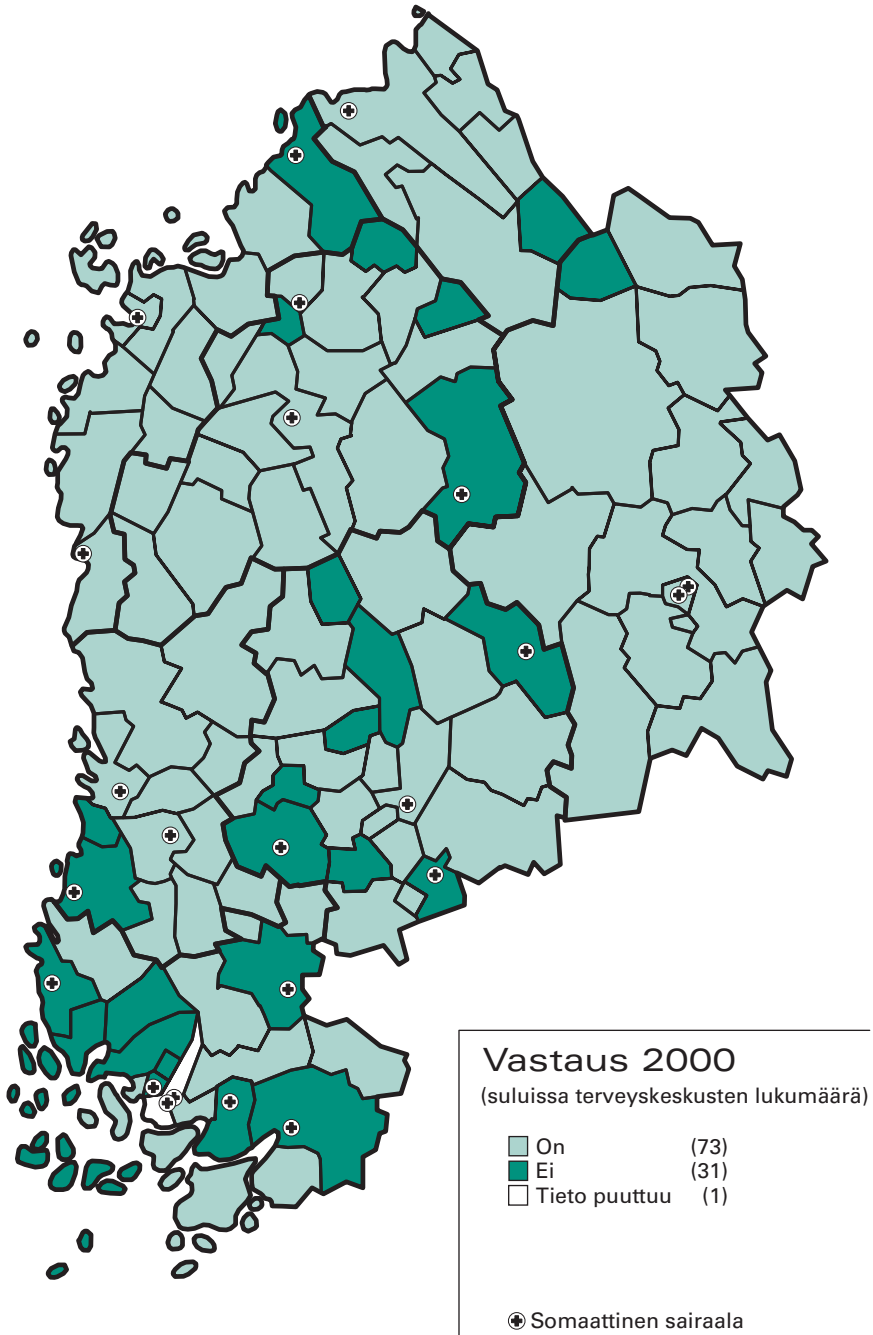
Karttakuva 18.

Terveyskeskuksen laboratoriotutkimukset



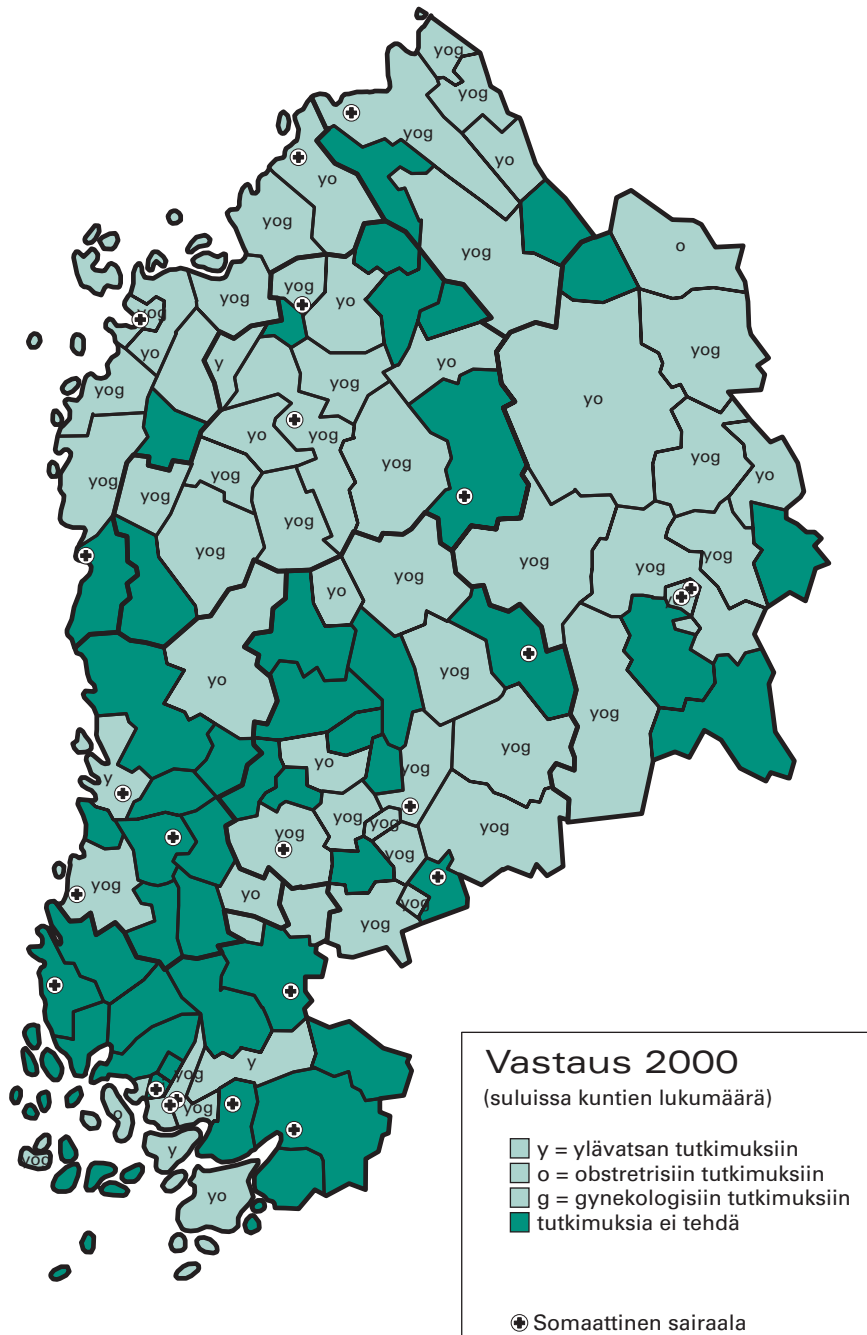
Karttakuva 19.

Onko terveyskeskuksella oma röntgen?



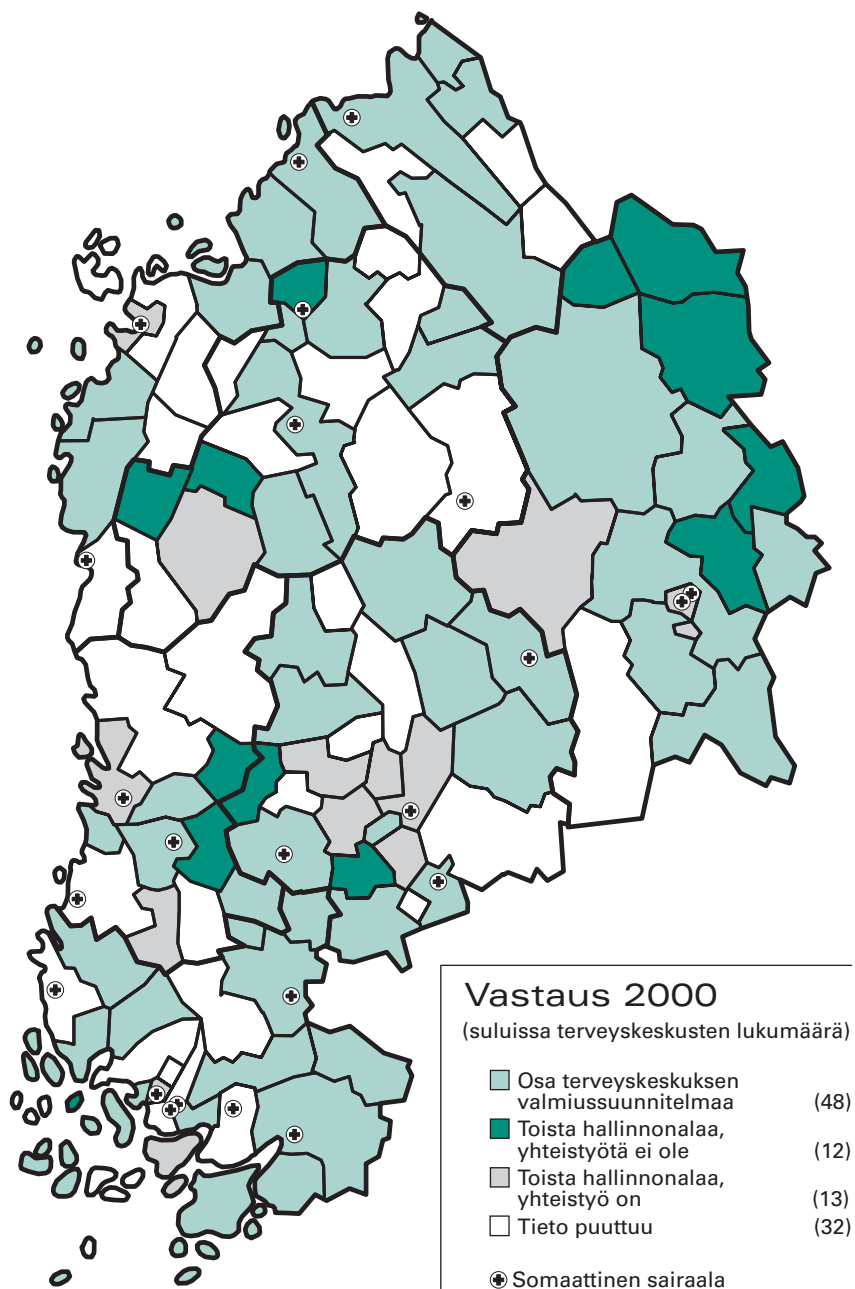
Karttakuva 20.

Mihin tutkimuksiin ultraäänilaite soveltuu?



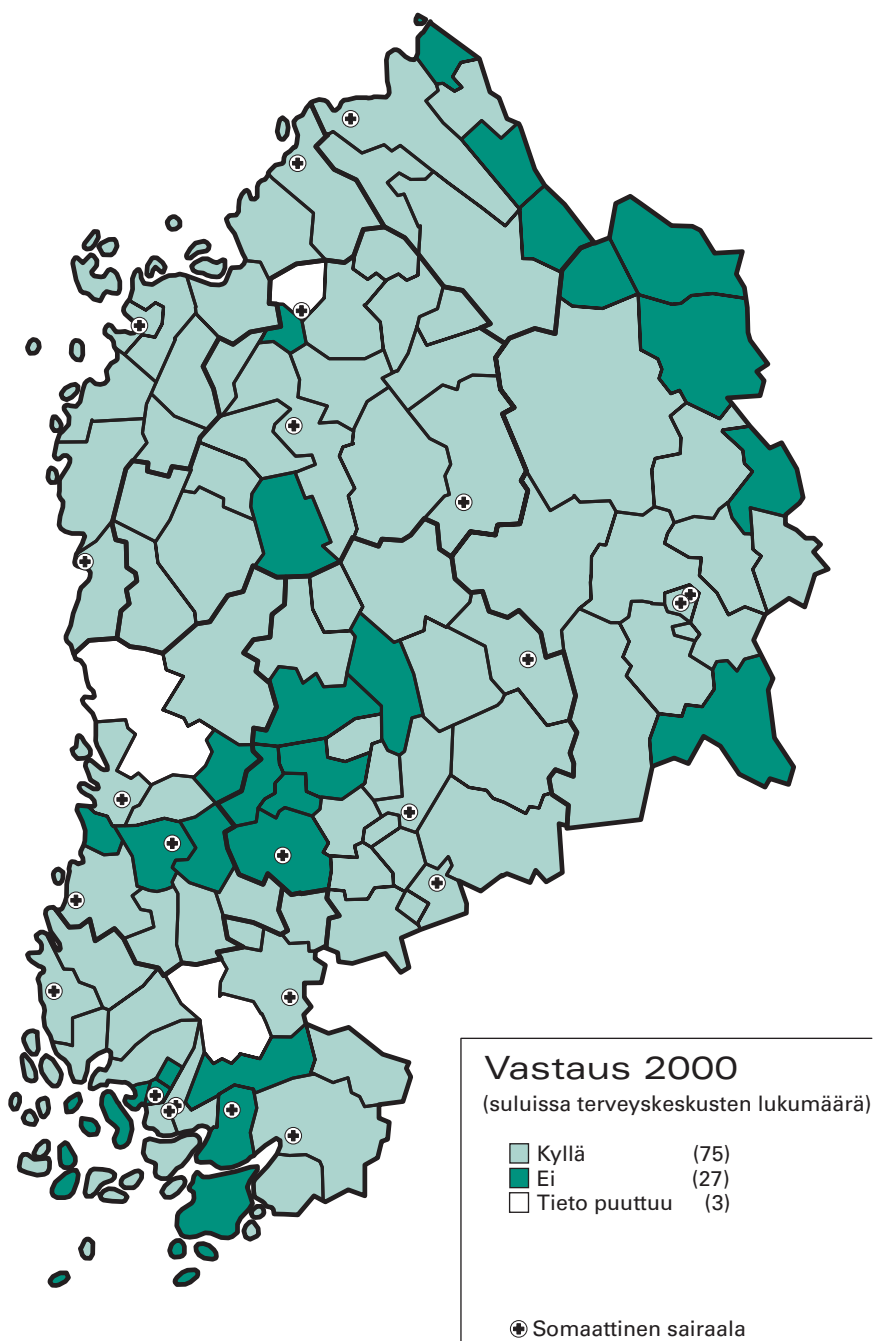
Karttakuva 21.

Onko ympäristöterveydenhuollon valmiusyhteistyö terveyskeskuksen ja toisen hallinnonalan välillä järjestetty niissä terveyskeskuksissa, joissa ympäristöterveydenhuolto kuuluu toisen hallinnonalan tehtäviin?



Karttakuva 22.

Onko kunnassa ruokamyrkytysten yhteistyöryhmä?



SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER
REPORTS OF THE MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND HEALTH
ISSN 1236-2115

- 2002: 1 Tuuli Nikkarinen, Santeri Huvinen, Mats Brommels. Kansallinen konsensus ja paikallinen pohdinta. Lääkemääräiskäytäntöjen muuttaminen koulutuksellisin keinoin. Rohto-projektin arviointiraportti.
ISBN 952-00-1111-0
- 2 Robert Arnkil, Merja Hietikko, Kati Mattila, Jarmo Nieminen, Pekka Rissanen, Timo Spangar. Kansallisen ikäohjelman arviointi.
ISBN 952-00-1110-2
- 3 Lastensuojelun suurten kustannusten tasausjärjestelmä 1999–2000.
ISBN 952-00-1130-7
- 4 Outi Zacheus. Suurten vesilaitosten toimittaman talousveden laatu Suomessa vuosina 1996–1998.
ISBN 952-00-1142-0
- 5 Robert Arnkil, Merja Hietikko, Kati Mattila, Jarmo Nieminen, Pekka Rissanen, Timo Spangar. The National Programme on Ageing Workers. Evaluation.
ISBN 952-00-1151-X
- 6 Markku Heiskanen, Minna Piispa. Väkivallan kustannukset kunnassa. Viranomaisten arviointiin perustuva tapaustutkimus naisiin kohdistuvasta väkivallasta ja sen kustannuksista Hämeenlinnassa vuonna 2001.
ISBN 952-00-1160-9
- 7 Anna Kajanne, Liisa Eränen, Maarit Leijola, Jura Paavola. Homeongelma ja sen psykososiaaliset vaikutukset.
ISBN 952-00-1165-X
- 8 Terveystieteiden tutkimuskeskuksen alueellisen toimeenpanon arviointi.
ISBN 952-00-1179-X
- 9 Virpi Filppa. Kansalaisten tarpeista sosiaalialan erityisosaamiseen. Osaamisen monimuotoisuutta jäsentämässä.
ISBN 952-00-1182-X
- 10 Kari Pesonen. Musiikkimelun vaarallisuus yleisön kuulolle pop- ja rock-konserteissa, diskoissa ja ravintoloissa.
ISBN 952-00-1197-8
- 11 Liisa Horelli, Milja Saari. Tasa-arvoa valtavirtaan. Tasa-arvon valtavirtaistamisen menetelmiä ja käytäntöjä.
ISBN 952-00-1201-X

- 12 Taking Wing Conference Report.
ISBN 952-00-1225-7
- 13 Публикации Конференции «Taking Wing».
ISBN 952-00-1226-5
- 14 Hyvinvoinnin haasteet ja työelämä. Toim. Tuula Immonen, Juha Ahonen.
ISBN 952-00-1231-1
- 15 Päivi Hämäläinen, Simo Harju. Terveyskeskusten toimintavalmius
Länsi-Suomen läänissä.
ISBN 952-00-1232-X