



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitelman kehittäminen juurruttamisen menetelmällä

Oksanen, Turkka

2013 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitelman
kehittäminen juurruttamisen menetelmällä

Turkka Oksanen
Terveystieteiden
Kriisi- ja erityistilanteiden
johtaminen (YAMK)
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2013

Laurea- ammattikorkeakoulu
Hyvinkää
Terveysten edistämisen koulutusohjelma
Kriisi- ja erityistilanteiden johtaminen

Tiivistelmä

Oksanen, Turkka

Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitelman kehittäminen juurruttamisen menetelmällä

Vuosi	2013	Sivumäärä	82
-------	------	-----------	----

Suomessa laki velvoittaa kuntia turvaamaan elintärkeät toimintonsa kaikissa olosuhteissa. Toimintojen varmistamiseksi kunnilla tulee olla lain mukainen valmiussuunnitelma. Kunnan valmiussuunnitelman yhtenä osana toimii sosiaali- ja terveystoimen valmiussuunnitelma. Tämä kehittämistyö keskittyy sosiaali- ja terveydenhuollon avoterveydenhuollon yksikön eli terveyskeskuksen henkilökunnan kriisitilanteisiin varautumisen ja kriisitilanteissa toimimisen kehittämiseen. Työn tärkeimpänä tavoitteena oli juurruttamisen menetelmällä saada toimijoiden itsensä tekemä, jatkuvasti kehittyvä ja uudistuva kriisitilanteiden toimintasuunnitelma terveyskeskukseen.

Kriisitilanteiden toimintasuunnitelman tekemisessä noudatettiin suomen lakien, asetusten ja ohjeistusten asettamia vaatimuksia sekä alueellista riskiarviointia. Toimintasuunnitelman rakenteessa käytettiin WHO:n ja the Federal Emergency Management Agency:n tekemiä suosituksia.

Tässä kehittämistyössä kuvataan ydinryhmän työskentelyä prosessin muodossa. Terveyskeskuksen henkilökunnasta koottu ydinryhmä kehitti kriisitilanteiden toimintasuunnitelmaa ohjautusti ja juurruttamisen menetelmän mukaisesti. Kehittämistyön juurruttaminen aloitettiin motivaatioluennolla, jonka avulla henkilökunta sitoutettiin kehittämistyöhön. Henkilökunnan ammattitaidon ja kokemuksen tuomaa hiljaista tietoa kartoitettiin kyselytutkimuksella, jonka tuloksia analysoitiin kvantitatiivisin menetelmin ja sisällönanalyysin avulla. Kyselytutkimuksen tulosten ja teorian tiedon avulla kartoitettiin Keravan terveyskeskuksen vahvuudet ja kehittämisaalueet kriisitilanteissa. Näitä yhdistämällä mahdollistettiin uusia käytäntöjä Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitelmaan.

Kehittämistyön keskeisimmiksi tuloksiksi muodostui yhteistyön huomattava kasvu sekä organisaation sisällä että yhteistyökumppaneiden kanssa. Terveyskeskukseen valmistui yksi selkeä kriisitilanteen toimintasuunnitelma, jonka avulla toiminnot pyritään turvaamaan mahdollisimman tehokkaasti kaikissa olosuhteissa.

asiasanat: terveyskeskus, valmiussuunnitelma, juurruttaminen, kriisi- ja erityistilanne, kriisitilanteen toimintasuunnitelma, kehittäminen

Laurea University of Applied Sciences
 Hyvinkää
 Master´s Programme in Health Promotion,
 Master of Social Services, Health and Sports
 Health Promotion, Crisis and Emergency Management

Abstract

Turkka Oksanen

Emergency operation procedure development with dissemination in the Kerava health care center

Year	2013	Pages	82
------	------	-------	----

The Finnish law requires municipalities to secure their vital operations under all circumstances. In order to ensure this, the local governments must have legitimate contingency plans. A social and health care emergency plan is part of such a municipal plan. This study focuses on the crisis preparedness and crisis response development of the personnel of an outpatient health care center. The main objective of the work was, through a dissemination method among the stakeholders, to create a constantly evolving and renewing emergency operation procedure in the health care center.

The emergency operation procedures were conducted in accordance with Finnish laws, regulations and guidelines, as well as requirements of the regional risk assessment. The action plan was constructed to comply with recommendations by the WHO and the Federal Emergency Management Agency.

This study describes the work of the core unit in the form of a process. Staff of the health care center formed an instructed group to develop an action plan through dissemination. An essential starting point of the dissemination method was a motivational lecture that allowed for the personnel's commitment in the process. The tacit knowledge of the staff's expertise and experience was highlighted by a survey, the results of which were analyzed by quantitative methods and content analysis. The survey results and the theory were used to identify the strengths and improvement areas in emergency situations for the Kerava health care center. These were combined to enable new practices for the the Kerava health care center emergency operation procedure.

The main result of this development study was a significant increase of co-operation, both within the organization as well as with external partners. The health care center was provided with a clear emergency operation procedure that allows to ensure maximum efficiency of operations under all circumstances.

Keywords; Health care center, emergency plan, dissemination, crisis- and emergency situation, emergency operation procedure, development

Sisällys

1 Johdanto	6
2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	7
3 Valmiussuunnittelun perusteet kriisitilanteisiin	9
3.1 Kriisitilanteen määritelmä	11
3.2 Valmiussuunnittelun menetelmät	13
3.2.1 Riski- ja resurssianalyysi	13
3.2.2 AllHazard ja cheklist	15
4 Terveyskeskus organisaationa kriisitilanteissa	17
4.1 Terveyskeskus organisaation kehitys	18
4.2 Päivystystoiminta	19
4.3 Muut terveyspalvelut ja yhteistyö	21
5 Organisaation kehittämisen teoria	25
5.1 Organisaatiokulttuurin muutos	27
5.2 Juurruttamisen menetelmä	31
6 Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitelman kehittäminen; kehittämistyön kuvaus	37
6.1 Motivointi ja sitouttaminen	46
6.2 Hiljainen tieto näkyväksi; kyselytutkimuksen tulokset ja analyysi	48
6.3 Ydinryhmän toiminta ja johtaminen; raportti kehittämistyöstä	59
7 Kehittämistyön keskeiset tulokset ja arviointi	61
8 Pohdinta	66

Lähteet

Liitteet

1 Johdanto

Suomessa laki velvoittaa kuntia turvaamaan toimintonsa kaikissa olosuhteissa. Toimintojen varmistamiseksi kunnilla tulee olla lain mukainen valmiussuunnitelma. Valmiussuunnitelman tarkoituksena on ohjeistaa toiminnot poikkeavissa tilanteissa. Yhtenä osana kunnan valmiussuunnitelmassa esitetään sosiaali- ja terveystoimen valmiussuunnitelma. Koska terveydenhuollon yksiköt ovat isossa asemassa kriisi- ja onnettomuustilanteissa, tulee toimintojen olla helposti muunnettavissa tilanteen vaatimalle tasolle. Valmiussuunnittelussa tulee tällöin huomioida äkillisesti kasvava avuntarve, apua tarvitsevien suuri määrä ja auttajien rajalliset resurssit. (Korhonen 2010, 15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 13; Valmiuslaki 1552/2011.)

Viime vuosina tehdyt muutokset kuntia koskevaan lainsäädäntöön, kuten vastuualueiden ja omavalvonnan lisääminen kuntasektorille aiheuttavat muutoksia toimintaan. Aikaisemmin kunnan tuli esittää yksi yhtenäinen valmiussuunnitelma. Nyt valmiussuunnitelmasta tulee erottua sektoreittain kunnan eri toiminnot, jotka muodostavat yhdessä saumattoman ja toimivan verkoston kriisitilanteissa. Sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnitelma tulee terveydenhuoltolain (1326/2010) nojalla vastata väestömäärään suhteutetulla toiminnalla ja resursseilla. Suunnitelmassa tulee ilmetä normaali toiminta ja muutokset sekä erityistilanteissa että poikkeusoloissa. Toiminnan tulee olla tehokasta ja vastata tarvetta, ja sitä tulee määrärajoin harjoituttaa ja päivittää. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010 34§, 38§; WHO 2011, 4; the Attorney General Department 2009, 13.) Tämä aiheuttaa myös terveyskeskusten toimintaan uusia haasteita. Kansanterveystyön lisäksi terveyskeskusten rooli tulisi kehittyä kriisitilanteisiin aktiivisesti osallistuvana ja kokonaisvaltaisen hoidon toteuttajana olevaksi yksiköksi. Tämän työn tarkoituksena on vastata nykyajan kasvaviin vaatimuksiin kriisitilanteiden hallinnassa terveyskeskuksen näkökulmasta ja kehittää kriisitilanteiden toimintasuunnittelua työyksikössä, joka ilmeni päivittäisiin toimintoihin juurtuneena toimintana. Tarkoituksena on että terveyskeskus kykenee vastaamaan toiminnoillaan kriisitilanteen aiheuttamaan lisääntyneeseen hoidontarpeeseen suunnitellusti.

Kriisitilanteella tarkoitetaan tässä yhteydessä tilanteita, jotka tapahtuvat terveyskeskuksen ulkopuolella ja eivät uhkaa suoraan terveyskeskuksen henkilöstöä, tiloja tai toimintaa. Kriisitilanteella tarkoitetaan myös tilanteita, jotka vaativat organisaatiolta poikkeavia toimenpiteitä sekä resurssien lisäystä ja/tai uudelleensijoittelua. Kriisitilanteiden toiminnan suunnittelulla pyritään turvaamaan jokaisen kriisitilanteeseen joutuneen henkilön välitön avuntarve sekä turvaamaan laadukas jatkohoito.

2 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Tämä kehittämistyö keskittyy sosiaali- ja terveydenhuollon avoterveydenhuollon yksikön eli terveyskeskuksen henkilökunnan kriisitilanteisiin varautumisen ja kriisitilanteissa toimimisen kehittämiseen. Työ kohdentuu kriisivalmiuden kehittämiseen terveyskeskuksessa. Työn aihe rakentui uuden terveydenhuoltolain (1326/2010) ja valmiuslain (1552/2011) asettamaan vaatimukseen varautumisesta ja toiminnan turvaamisesta. Kasvavien vaatimusten vuoksi Keravan kaupungin terveydenhuollon johtaja Minna Helenius otti opinnäytetyön tekijään yhteyttä. Yhdessä sovittuna tavoitteena oli selkeyttää kriisi- ja erityistilanteiden toimintaa ja johtamista Keravan terveyskeskuksen avoterveydenhuollon yksikössä ja päivittää valmiussuunnitelmaa tältä osin ajan ja lain vaatimusten mukaiseksi.

Tämän työn teoreettisessa viitekehyksessä kuvataan kirjallisuuteen pohjautuen valmiussuunnittelun perusteita, terveyskeskusta organisaationa ja sen vastuuta kriisitilanteissa. Teoreettisessa viitekehyksessä käytetään juurruttamisen menetelmää organisaation yhteisöllisen kehittämisen prosessin välineenä. Juurruttamisen menetelmä perustuu käsitykseen ihmisestä aktiivisena ja oppivana toimijana, jolloin oppiminen tapahtuu yhteisöllisenä käytännön tiedon ja ekplisiittisen tiedon vertaamisena ja yhdistämisenä. Näiden kahden tiedon yhdistämisestä syntyy uutta tietoa (knowledge for practice). (Ora- Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 7,15- 16.)

Juuruttaminen on kehittämisen ja oppimisen työkalu, joka tarkastelee oppimista sen tarkoituksen kautta. Se tähtää vahvasti osaamisen impletointiin (toteuttamiseen) ja käytännön toimintojen muutokseen. Juurruttamisen menetelmä tähtää myös uusien prosessien tuottamiseen ja käyttöönottoon samanaikaisesti. (Ora- Hyytiäinen, Ahonen & Partamies 2012, 7,15- 16.) Menetelmän valintaan vaikutti juurruttamisen soveltuvuus organisaation kehittämiseen, jossa painopisteenä on työntekijöiden vahva osallistuminen oman työnsä kehittämiseen. Kehittämistyö kuvataan usein edistyksellisinä voittokulkuina, joissa negatiivisten vaikutusten ja ongelmien muodostuminen piilotetaan (Filander 2000, 31). Siksi pyrin pohdinnassa tuomaan myös kriittisen kannan kehittämistutkimuksiin ja kuvaamaan kehittämistyössä yleisesti esiintyneitä ongelmia ja ilmentymiä.

Tavoitteena oli varsin kunnianhimoisesti luoda terveyskeskukseen yksi selkeä ja käytännöllinen toimintasuunnitelma erityyppisiin kriisitilanteisiin. Kriisitilanteiden hallinnassa pyritään nykyaikana siirtymään mahdollisimman yhteneväiseen toimintaan ja kehitystyö tällä alueella on hyvin voimakasta maailman laajuisesti. Täysin toimivaa ja kattavaa yhdenmukaista suunnitelmaa ei vielä kuitenkaan ole pystytty luomaan, mutta erinäisiä työkaluja toimintaan ja suunnitteluun on kehitetty. (WHO 2011; Hellenberg, Talvitie, Visuri, Volanen 2011, 13.) Ta-

voitteen saavuttamiseksi hyödynnettiin jo hyväksi todettuja hoitotyön- ja organisaation kehittämisen teorioita yhdistelemällä niitä. Käytännön suunnitelman rakenne perustui kriisisuunnittelun työkaluihin kuten "cheklist" ja "allhazard" - malleihin. (WHO 2011; Hellberg ym. 2011, 13.) Näiden, jo olemassa olevien, työkalujen avulla ja niitä yhdistellen, pyrin luomaan mahdollisimman toimivan suunnitelman yhdessä Keravan terveyskeskuksen henkilökunnan kanssa. Koska organisaation toiminnan kehittäminen vaatii organisaation sisällä muutoksen, henkilökunnan rooli kehittämistoiminnassa oli merkittävä.

Työ muodostui käytännössä kaksiosaiseksi. Ensimmäisenä osa-alueena voidaan pitää yhdenmukaisen kriisitilanteiden toimintasuunnitelman luomista ja toinen alue koskee organisaation kehittämistä juurruttamisen menetelmällä. Kaksiosaiseen rakenteeseen päädyttiin aiheen salassapitovelvollisuuden ja haasteellisuuden vuoksi. Valmiussuunnitelmissa on turvaluokitus (TLL IV), joka tarkoittaa, että suunnitelman käyttö ja jakaminen on rajattu ainoastaan viranomaiskäyttöön. Tästä johtuen itse kriisitilanteiden toimintasuunnitelmaa en tuo esiin tässä työssä, vaan painopiste on suunnittelu- ja kehittämistyön rakenteen, etenemisen ja organisaation kehittämisen kuvauksessa. Perusolettamuksena on, että kriisitilanteiden yhdenmukaisen toimintasuunnitelman luominen on pitkäkestoinen, dynaaminen ja käytännössä testattu moniammatillisen yhteistyön tulos. Olettamukseen sisältyy ajatus siitä, että tällaisen suunnitelman luominen on mahdollista ainoastaan kriisitilanteissa itse työskentelevien ja eri ammatikuntien asiantuntijoiden tiiviillä yhteistyöllä. Kriisitilanteiden toimintasuunnitelma käsittää tässä työssä ainoastaan terveyskeskuksen käytännön toimintaa kriisitilanteissa. Perusta tähän työhön otettiin Yhdysvalloissa käytössä olevasta EOP- ohjeistuksesta (Emergency Operation Procedure), jonka tarkoituksena on ohjata organisaatioiden ja yksilöiden käytännön toimintaa kriisitilanteessa. (FEMA 1996, 1-1.)

Toimintasuunnitelman nimeksi annettiin kriisitilanteiden toimintasuunnitelma. Suunnitelmas- ta käytetään usein myös nimikettä lääkinällisen pelastustoiminnan ohjeistus, mutta suunnitelman kokonaisvaltaisuus huomioon ottaen "toimintasuunnitelma" - nimike osoittautui selkeämmäksi. Toimintasuunnitelma kattaa toiminnot aina hälyttämisestä jatkohoitoon, jolloin lääkinällinen pelastustoiminta on vain osa koko kriisitilanteiden toimintasuunnitelmaa. Koska normaalista poikkeavien tilanteiden määrittely on hyvin monimuotoista ja lähdesidonnaista, käytän tämän työ määritelmässä Suomen Pelastusalan Keskusjärjestön (SPEK) hyväksymää ja Sanastokeskuksen (TSK) julkaisemaa varautumisen ja väestönsuojelun sanastoa. (SPEK 2009.)

Aiheen rajauksessa käytetään SPEK 2009 käyttämää kriisi- käsitettä, jolla tarkoitetaan tilannetta joka on poikkeava, sekava tai vaarallinen ja jonka hallintaan vaaditaan tehostettuja ja poikkeuksellisia toimia. Kriisin laajuus voi olla kansainvälinen, kansallinen, alueellinen tai paikallinen. (SPEK 2009, 67.) Tässä työssä kriisi-käsitteeseen sisällytän häiriötilat, poikkeusolot, suuronnettomuudet ja erityistilanteet Päämääränä on kehittää valmiussuunnitelmassa jo

kirjattujen toimintojen uudistaminen, uusien käytäntöjen luominen sekä suunnitelman kehittämisen jatkuvuuden turvaaminen. Painopiste suunnitelmassa on toiminnan kehittäminen terveyskeskuksen ulkopuolella sattuvaan tapahtumiin jotka eivät suoraan uhkaa terveyskeskuksen henkilöstöä. Tällöin valmiussuunnitelmassa olevat pandemia- sekä palo- ja pelatusuunnitelmat jäivät rajauksen ulkopuolelle.

3 Kriisitilanteisiin varautumisen suunnittelu

Varautuminen on osa normaaliolojen säännönmukaista tehtävien hoitamista. Varautumisessa noudatetaan voimassa olevaa lainsäädäntöä ja esitettyjen toimenpiteiden pitää perustua lainsäädännössä oleviin toimivaltuuksiin. Normaalioloissa hyvin toimiva, vahva organisaatio luo perustan poikkeusoloissa toimimiselle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

Pääsääntöisesti varautumisjärjestelyt toteutetaan mahdollisimman kiinteästi normaaliolojen toimintoihin perustuen. Lähtökohtana varautumisessa ja valmiussuunnittelussa on, että myös poikkeusoloissa kunnan keskeisenä tehtävänä on peruspalvelujen järjestäminen ja niiden toiminnan turvaaminen. Valmiussuunnitelman tulee myös sisältää periaatteet valmiuden nostamisesta sekä lisäresurssien- ja tilannejohtamisjärjestelmien käyttöönottamisesta poikkeusoloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 13.)

Perusajatus valmiuden tehostamisessa on, että toimintoja muutetaan mahdollisimman vähän ja samalla toimintaa tulisi voida tehostaa joustavasti tarpeen mukaan siten, että reagointi erityistilanteisiin on etupainotteista, riittävän tehokasta ja samalla toiminta tulisi toteuttaa mahdollisimman vähäisin organisaatiomuutoksien. Tehtävät siis hoidetaan ensisijaisesti organisaatioiden taholta niitä tarpeen mukaan vahvistamalla tai mukauttamalla. (Korhonen 2010, 15; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 13.) Kuitenkin tulee muistaa että häiriötilanteissa ja poikkeusoloissa voi kunnan ja sitä kautta myös terveyskeskuksen vastuulle tulla erilaisia jokapäiväisestä toiminnasta poikkeavia tehtäviä (Korhonen 2010, 14-15).

Kuntien tehtävänä on järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut asukkaidensa tarpeiden mukaisesti. Useat eri lait ohjaavat kunnan ja täten myös terveyskeskuksen varautumista. Lainsäädännöllä ei kuitenkaan säännellä yksityiskohtaisesti toiminnan laajuutta, sisältöä eikä järjestämistapaa. Tämän vuoksi Sosiaali- ja terveysministeriö on tuottanut julkaisuja ja ohjeistuksia sosiaali- ja terveydenhuollon valmiussuunnittelun tueksi. Koska valmiuslain mukaan erityis- ja poikkeusoloissa kuntien tulee varmistaa peruspalvelujen saatavuus ja toiminta, tulee huomioida lain asettamat vaatimukset peruspalveluille terveydenhuollossa myös normaalioloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 3.)

Terveyskeskuksen valmiussuunnitelma toimii kunnassa sektorisuunnitelmana eli osana kunnan kokonaisvaltaista toiminta- ja turvallisuusstrategiaa. Terveyskeskuksen valmiussuunnitelman tarkoituksena on varmistaa toiminnan mahdollisimman häiriötön ja tehokas toiminta poikkeus- ja kriisitilanteessa. Valmiussuunnitelmassa tulee ilmetä suunnitteluun liittyvä lainsäädäntö, yleiskuvaus terveystaloudesta, sen toiminnasta ja toiminta-alueesta, resurssit, väestörakenne sekä hallinnon ja toiminnan järjestelyt ja riskianalyysi. Lisäksi suunnitelmassa tulee nimetä vastuuhenkilöt ja asiantuntijaryhmä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 63.)

Terveystalouden järjestämistä määrittää Terveystalouslaki 2010/1326. Terveystalouden käsitteeseen kuuluu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon. Terveystalouden toteuttamista ja sisältöä ohjaa terveystalouslaki 2010/1326 sekä sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistukset. Terveystalouslain 34 § mukaan kunnan velvollisuutena on, osana sairaanhoitopiirin kuntayhtymää, laatia suunnitelma terveystalouden järjestämisestä väestön terveysseurantatietoihin ja palvelutarpeeseen perustuen. Suunnitelman tulee sisältää palvelujen järjestämisen kuvaus, tavoitteet, vastuutahot ja tarvittavat yhteistyösopimuksen eri tahojen kanssa. Palveluja ovat mm. päivystys, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuolto, kuvantamispalvelut ja lääkehuolto. Perusterveydenhuollon toimintaa määritetään tarkemmin lain 35 §:ssä. (Terveystalouslaki 2010.) Terveystalouslain 38 § velvoittaa sairaanhoitopiirin kuntayhtymän yhdessä kuntien kanssa suunnittelemaan varautumistoiminnot suuronnettomuuksiin ja terveystalouden erityistilanteisiin liittyen alueellisella tasolla. Velvoitteeseen kuuluu olennaisena osana alueellinen valmiussuunnitelma, joka ohjaa kunnan ja terveyskeskuksen omia valmiussuunnitelmia. (Terveystalouslaki 2010.)

Terveystaloussuojelulaki 1994/763 velvoittaa kunnan terveystaloussuojeluviranomaisen osallistumaan onnettomuuksien ja erityistilanteiden aiheuttamien ongelmien varautumiseen, ehkäisemiseen ja poistamiseen (Terveystaloussuojelulaki 1994). Pelastuslaissa 2011/379 määritellään yhteistyö pelastustoiminnan ja sosiaali- ja terveysviranomaisten välillä sekä ilmoitusvelvollisuudesta käytettävissä olevista voimavaroista ja resursseista (Pelastuslaki 2011).

Edellä mainittujen lakien ongelmana on niiden epämääräisyys. Ne selkeästi osoittavat *mitä* kuntien ja sairaanhoitopiirien tulee tehdä, mutta asetuksissa ei määritetä millä tavalla. Tämä on ilmeisesti yksi syy, miksi käytännöt ovat olleet vuosikymmeniä eri kunnissa hyvin erilaisia. Lakien sisältöä on pyritty määrittelemään tarkemmin ministeriöiden antamien ohjeistusten kautta toiminnan kehittämiseksi.

Yksityiskohtaisempia ohjeita varautumiseen käsitellään mm. velvoitevarastointilain 1114/2008 mukaan sairaanhoitolaitoksen on varastoitava lääkkeitä ja -valmisteita. Lisäksi varastoitaviin aineisiin kuuluvat lääkkeen valmistuksessa käytettävät apu- ja lisäaineet sekä pakkausmateriaalit. Sairanhoitolaitosten varastointivelvoite koskee vain

kunnallisia sairaaloita ja terveyskeskuksia. (Velvoitevarastointilaki 2008; Terveystalolaki 2010.) Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriö on ohjeistanut tärkeimpien lääkintä- ja terveydenhuoltomateriaalin varmuusvarastoinnista. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeen ja velvoitevarastointilain 1984/402 mukaan esimerkiksi peruslääkkeitä ja hoitotarvikkeita tulee olla varastoituna kuuden kuukauden normaalikulutusta vastaava määrä ja infuusionesteitä kahden viikon kulutusta vastaava määrä. Ohjeistuksessa olevat PEL- (lääke-) ja PELLA- (lääkintälaitte-) luettelot auttavat yksityiskohtaisesti suunnitelman luomisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 25; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 66-69; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 15.) Huomattavaa on, että nämä yksityiskohtaiset ohjeet koskevat ainoastaan materiaalia, ei toimintaa tai henkilöstöä.

3.1 Kriisitilanteen määrittely

Kriisitilanne itsessään on käsitteenä hyvin epämääräinen. Tässä työssä sisällytetään kriisikäsitteeseen häiriötilat, suuronnettomuudet, erityistilanteet ja rajoittuvin osin poikkeusolot. Näiden erityyppisten normaalista poikkeavien tilanteiden kuvaamiseen käytetään kriisimääritelmää. Kriisillä tarkoitetaan tilannetta joka on poikkeava, sekava tai vaarallinen ja jonka hallintaan vaaditaan tehostettuja ja poikkeuksellisia toimia. Kriisin laajuus voi olla kansainvälinen, kansallinen, alueellinen tai paikallinen (SPEK 2009, 67).

Normaaliolo (Normal conditions) on tila, jossa ei ole häiriöitä, häiriöt ovat ennaltaehkäistävissä tai häiriö voidaan poistaa viranomaisten toimivaltuuksin ja voimavaroin. Kun tilanne vaatii erityisiä toimia viranomaisten taholta, ilman että toimivaltasuhteita muutetaan, käytetään termiä häiriötila (abnormal condition) (SPEK 2009, 54- 55.) Tällaisia tilanteita voivat olla mm. suuronnettomuudet. Onnettomuuksien tutkinnasta annetun lain (Turvallisuustutkintalaki 2011/585) mukaan suuronnettomuudella tarkoitetaan onnettomuutta, jota kuolleiden ja loukkaantuneiden tai ympäristöön sekä omaisuuteen kohdistuneiden vahinkojen määrän tai onnettomuuden laadun perusteella on pidettävä erityisen vakavana. Muun muassa säteilynlähteet, kemikaalit, vesiepidemiat ja tarttuvat taudit voivat aiheuttaa suuronnettomuuksiin verrattavia tilanteita onnettomuuksien ohella. Suuronnettomuus voi aiheuttaa vaaraa ihmisten terveydelle, tai välitöntä tai myöhemmin ilmenevää vaaraa ympäristölle. Suuronnettomuuksien hoidossa tarvitaan laajaa eri viranomaisten yhteistyötä sekä pelastustoiminnan johtamisjärjestelmien ja resurssien tehostettua käyttöä. (Ekman & Söder 2006, 14.)

Monipotilas- tilanteiden kirjo ulottuu päivittäisistä onnettomuuksista satojatuhansia kuolonuhreja vaativiin onnettomuuksiin. Näissä tilanteissa syntyvät ongelmat ja niiden ratkaisumallit ovat kovin erilaisia. (Kinnunen 2005, 202.) Kuisma, Hollström & Porthan (2008) mukaan onnettomuus, jonka hoitamiseen eivät normaalit päivittäiset resurssit riitä, on suuronnettomuus. Potilaiden suhteen on yleensä käytetty lukumäärää yli 20 henkilöä. Tähän vaikuttaa kuitenkin

paikallisten resurssien riittävyys sekä potilaiden vammautumisen vaikeusaste. Joissakin tilanteissa 10-15 potilasta edellyttää jo suuronnettomuushälytystä. Toisaalta 25 lievästi loukkaantunutta voidaan vielä hoitaa päivittäisillä resursseilla, joten useamman tekijän vaikutus onnettomuusmääritelmään on huomattava. (Kuisma, Holmström, & Porthan 2008, 509.)

Kun tilanne vaarantaa yhteiskunnan turvallisuutta tai väestön elinolosuhteita ja vaatii näin ollen normaalista poikkeavaa johtamismallia, toimintaa sekä viestintää, puhutaan erityistilanteesta (exceptional situation). Termiä saatetaan käyttää kuvaamaan häiriötilannetta, mikä saattaa ajoittain aiheuttaa sekaannusta. Erityistilanteen ominaispiirteenä on kuitenkin yllättävä, äkillinen tilanne, joka vaatii organisaatiollisia muutoksia ja se saattaa esiintyä missä tahansa yhteiskunnan turvallisuustilanteessa. (SPEK 2009, 57.)

Normaaliolojen erityistilanteet voivat vaikutuksiltaan olla usein rinnastettavissa poikkeusoloihin. Tämän vuoksi normaaliolojen erityistilanteiden ja poikkeusolojen tapahtumien erottaminen voi olla toisinaan vaikeaa. Tällaisissa tilanteissa normaalioloista siirtyminen poikkeavien tilanteiden hallintaan tapahtuu portaattomasti. Tietyissä vaiheissa joudutaan toteamaan, että on syntynyt poikkeusolotilanne, jonka hallitseminen edellyttää valmiuslain antamia lisävaltuuksia. Erityistilanteet ovat hyvin moninaiset. Ne voivat syntyä mm. terrorismista, öljy- ja ympäristövahingoista, suurista myrkkypäästöistä, ydinvoiman käyttöön liittyvistä tilanteista, epidemioista ja liikenneonnettomuuksista. Poikkeusoloihin rinnastettavia tilanteita voivat olla edellä mainittujen syiden lisäksi saastumisesta johtuvat laajat ympäristötuhot, kontrolloimattomat ja suuria ihmismääriä käsittävät maahanmuutot, kansainvälinen rikollisuus sekä tietyt kansainvälisen kaupan vaaratekijä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2002, 13-14.)

Tilanteen mahdollisesti pitkittyessä tai sen vaativuuden kasvaessa hallitsemattomaksi puhutaan poikkeusoloista. Poikkeusoloissa sovelletaan Valmiuslakia 1991/1080 edellyttäen, että tilanteen hallitseminen ei ole mahdollista viranomaisilla olevien säännönmukaisin toimivaltuuksin. Valmiuslain käyttöönotto edellyttää eduskunnan, hallituksen ja presidentin päätöstä lain käyttöönotosta. Poikkeusoloja voivat olla mm. sodat, sodan uhat ja - jälkitilat, vakavat uhat väestölle, väestön toimeentulolle tai talouselämälle sekä poikkeuksellisen suuret tai tuhoisat suuronnettomuudet (Valmiuslaki 1991.) Valmiuslain 30 § mahdollistaa valtioneuvoston määräysten mukaisesti muuttamaan mm. sairaanhoitolaitoksen tai terveyskeskuksen toimintaa, sijaintia, luovuttamaan laitoksensa valtion viranomaiskäyttöön tai sijoittamaan potilaita laitokseensa siitä riippumatta, mitä asiasta on säädetty, määrätty tai sovittu. Valmiuslain 22 § velvoittaa terveydenhuollon lisäresurssien mahdollistamiseksi ja toimintojen turvaamiseksi terveydenhuollossa työskennellyttä tai koulutuksen saanutta osallistumaan terveydenhuoltoalan tehtäviin. (Valmiuslaki 1991.)

3.2 Valmiussuunnittelun menetelmiä

Terveydenhuollon yksiköt ovat merkittävässä asemassa kriisitilanteessa. Äkillisesti kasvava avun tarve, apua tarvitsevien suuri määrä ja rajalliset resurssit asettavat tarpeen kriisivalmiussuunnitteluun. Hyvän suunnittelun avulla pyritään hallitsemaan hyvin kaaottisiakin tilanteita. Peruseriaatteina kriisisuunnittelussa on määrittää resurssien, avuntarpeen johtosuhteiden ja vastuualueiden keskinäinen suhde. Varautumisjärjestelyt toteutetaan mahdollisimman kiinteästi normaaliolojen toimintoihin perustuen. Lähtökohtana varautumisessa ja valmiussuunnittelussa on, että myös poikkeavissa oloissa keskeisenä tehtävänä on peruspalvelujen järjestäminen ja niiden toiminnan turvaaminen. Vaikka tilanteet ovat hyvin monimuotoisia ja avun tarve vaihtelee, on pyritty luomaan erilaisia apuvälineitä auttamaan organisaatioita varautumisessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006; WHO 2011, 4; The Attorney General Department 2009, 13.) Seuraavana käsitellään valmiussuunnittelun menetelmistä erityisesti Keuran terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitteluun käytettyjä malleja avoterveydenhuollon yksiköiden näkökulmasta.

3.2.1 Riski- ja resurssianalyysi

Riski- ja resurssianalyyseillä pyritään ennakoimaan mahdollisten onnettomuuksien tuomat liisävaatimukset ja erityyppisten onnettomuuksien todennäköisyydet. Tarkoituksena on tehostaa varautumista ja kohdentaa toiminnot oikein mahdolliseen kriisitilanteeseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002.)

Riskianalyysin tavoitteena on järjestelmällisesti saadun tiedon avulla löytää keskeisimmät ongelma-alueet sekä keskeisimpiin vaaroihin liittyvät onnettomuustekijät. Sen avulla kartoitetaan alueen erilaiset riskitilanteet ja -kohteet. Riskianalyysi tulisi tehdä usean eri asiantuntijaryhmän kanssa, jolloin saataisiin mahdollisimman monipuolista näkemystä ja osaamista. Tärkeintä on pystyä tunnistamaan tärkeimmät riskit. Analyysi antaa pohjan resurssien arviointiin ja toimintasuunnitelmaan. Resurssianalyysin valmistuttua arvioidaan, kuinka hyvin terveyskeskuksen resurssit ja toiminnot vastaavat riskianalyysia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 63.) Riskianalyysiin vaikuttavat onnettomuuden todennäköisyys (T) ja vahingon suuruus (S). Riski (R) on todennäköisyyden ja suuruuden tulo eli $R = T \times S$ (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 24).

Laadukas riskianalyysi aloitetaan huolellisella suunnittelu- ja valmisteluvaiheella, jolloin määritellään tavoitteen asettelu, rajaukset ja tehtävän toteuttamiseen soveltuvin analyysimenetelmä. Riskianalyysijä tehdään monista erilaisista lähtökohdista, joten tarkkojen kriteerien asettaminen riskianalyysin laadulle on mahdotonta. VTT:n 2007 tehdyssä tutkimusraportissa luetellaan laadullisesti tärkeitä tekijöitä riskianalyysin teossa. Raportin mukaan hyvässä riskianalyysissä on huomioitu tarkka tavoitteen määrittely, jonka perusteella menetelmät, toteutus ja arviointi määritellään. Menetelmiä on runsaasti, joten suosituksena onkin useamman riskianalyysimenetelmän käyttö tavoitteiden saavuttamiseksi. Tarkasteltava kohde tulee myös rajata tavoitteiden mukaisesti, mikä mahdollistaa prosessin eri osien tarkastelun tai tietyn tyyppisten seurausten tarkastelun. Käytettävien tietojen validiteetti ja asiantuntijaryhmää johtavan henkilön pätevyys vaikuttavat huomattavasti tuloksiin. Luotettavien ja asiaan kuuluvien lähteiden käyttö, resurssien oikea mitoittaminen, sekä asiantuntijaryhmää johtavan henkilön hyvät ryhmätyötaidot ja motivointikyky sitouttaa analyysia tekevän ryhmän jäsenet toimintaan. Selkeä dokumentointi tuloksista ja tuloksista tiedottaminen päättävälle tahoille selkeästi ja objektiivisesti mahdollistaa riskianalyysin tulosten käyttämisen päätöksenteon tukena ja työkaluna. (Heikkilä, Murtonen, Nissinen & Virolainen 2007, 7-8,10.)

Resurssianalyysissa kartoitetaan organisaation tilat, toiminta ja mahdollisesti tehtävät muutokset erityis- ja poikkeustilanteissa. Tuloksia verrataan riskianalyysiin, ja valmiussuunnitelmaan kirjataan muutostarpeet erityis- ja poikkeusoloissa. Resursseja arvioitaessa tulee valmiussuunnittelussa ottaa huomioon yhteistyö vapaaehtoisjärjestöjen ja kolmannen sektorin kanssa. Terveystieteiden yksikössä lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden saanti ja riittävyyden turvaaminen sekä elintärkeiden lääkintälaitteiden määrittely ja huoltovarmuuden turvaaminen ovat osa resurssianalyysia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 66-69; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 15.)

Terveystieteiden ammattihenkilöiden riittävyys on merkittävä tekijä kriisitilanteissa. Henkilöstön määrää suunniteltaessa ja kartoitettaessa on varauduttava ympärivuorokautiseen työskentelyyn. Käytännössä tämä edellyttää, että henkilöstöä varataan jopa useiden viikkojen ajaksi työskentelemään kolmessa vuorossa. Suunnitelmassa tulee ilmetä mistä, miten ja kuinka paljon henkilökuntaa on mahdollista lisätä ja miten henkilökuntaa voidaan siirtää tehtävistä toisiin. (Korhonen 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 66.) Terveystieteiden lisäresurssien mahdollistamiseksi ja toimintojen turvaamiseksi valmiuslain nojalla on mahdollisuus määrätä terveystieteiden yksikössä aikaisemmin työskennellyt tai koulutuksen saanut henkilö työhön. Työvelvollisuus koskee pääasiassa lääkäreitä, hammaslääkäreitä ja hoitohenkilökuntaa. Lisähenkilöstön saaminen ei kuitenkaan ole aina mahdollista, joten organisaation on suunniteltava henkilöstön- ja tehtävien siirto sekä toimintojen priorisointi kriisitilanteessa. Henkilöstöresurssien lisäksi kriisitilanteiden hallinta edellyttää asiantuntijoiden yhteistyötä.

Riskianalyyseissa tulee huomioida eri asiantuntijoiden tarve jokaisen riskin osalta. Asiantuntijat voivat olla paikallisia, alueellisia tai valtakunnallisia. Paikallinen asiantuntija voi olla esimerkiksi paikallisen yrityksen asiantuntija. Alueellinen asiantuntija voi olla esimerkiksi sairaanhoitopiirin erikoislääkäri. Valtakunnallinen asiantuntija voi olla esimerkiksi Säteilyturvakeskus STUK. (Korhonen 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 66-69.)

Riskianalyyseihin tulokset yhdessä resurssianalyyseihin kanssa muodostavat pohjan valmiussuunnitelman toteutuksessa ja tukevat siihen liittyvien päätösten teossa. Ne myös auttavat ennakointia sekä keskeisimpien ongelma-alueiden ja niihin liittyvien onnettomuustekijöiden tunnistusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 63; Heikkilä ym. 2007, 7-8,10.)

3.2.2 Allhazard ja checklist- menetelmät

Tilanteiden monimuotoisuus ja niihin reagoiminen oikealla tavalla asettaa kriisivalmiussuunnittelulle erityisen haasteen. Pyrkimyksenä on, että huolellisella suunnittelulla pystyttäisiin luomaan varautumisjärjestelmä jonka avulla kyettäisiin vastaamaan moniin eri uhkatyyppisiin. Tätä toimintamallia kutsutaan *All Hazard* -periaatteeksi. Yksi All Hazard -toiminnan kehittäjistä on Federal Emergency Management Agency (FEMA 1996), joka on julkaissut "Guide for All-Hazard Emergency Operations Planning". Ohjeistuksessa esitellään selkeitä perusperiaatteita osa-alueittain kriisivalmiussuunnitelman toteutukseen (FEMA 1996 1-7, 2-1 - 2-2; Hellenberg ym. 2011, 13.)

Perusperiaatteisiin luetaan toiminnot, jotka käytännössä käynnistyvät aina, kun päivittäiset toiminnot eivät enää riitä. Näitä ovat mm. resurssit, tilat ja johtaminen. Kuitenkin haasteen suunnitteluun luo oikeanlaisen reagoinnin muodostaminen suhteessa erityyppisiin kriisitilanteisiin. Liian tarkat ohjeistukset rajoittavat toimintaa. Suurpiirteiset ohjeistukset taas jättävät toimijoille liikaa tulkinnanvaraa toimintaan nähden, mikä aiheuttaa herkästi sekaannusta. FEMA:n ohjeistukseen on koottu työkaluja All Hazard -suunnitelman tekoon alkaen organisaatiollisista rakenteista aina resurssien mitoittamiseen. (FEMA 1996 1-7, 2-1 - 2-2; Hellenberg ym. 2011, 13.)

Emergency Operations Procedure (EOP) on yksi malli kriisitilanteiden toiminnan suunnittelusta. Sen avulla pyritään varmistamaan kriisitilanteessa kaikki tilanteeseen vaadittavat toiminnot. EOP tyyppisessä suunnitelmassa tulee tunnistaa yleisimmät ja tärkeimmät organisaation tehtävät, yksilöidä vastuuhenkilöt ja varmistaa vastuuhenkilöiden kyvyn toimia myös kriisitilanteessa. Suunnitelman tulee sovittaa yhteen organisaation päivittäiset toiminnot (Standard Operations Procedures, SOP) ja kriisitilanteiden toiminnot. EOP rakentuu käytännössä perussuunnitelmasta (the Basic Plan) ja sen lisäosista (FEMA 1996, 3-2 - 3-3; Emergency Operation Center 2011.)

Perussuunnitelmassa kuvataan organisaation toimivalta-alue ja yleiset määrätyt toiminnot, jotka organisaation tulee toteuttaa sekä vastuualueet kriisitoimintojen suunnittelussa ja toteutuksessa. Perussuunnitelman lisäksi suunnitelmaan yhdistetään lisäosia, joiden tarkoituksena on täydentää ja spesifioida toimintoja. Lisäosia ovat mm. toiminnallinen laajennus (functional annexes), hälytyslaajennus (Hazard-specific appendices) ja päivittäisten toimintojen yhdistäminen kriisitilanteissa (SOP´s). Toiminnallinen laajennus tarkoittaa käytännön toimintaan liittyviä kuvauksia vastuualueista toimintoihin. Se määrittää yksityiskohtaisesti tehtäviä ja toimintoja. Hälytyslaajennuksessa käsitellään kriisitilanteen toimintojen toteuttaminen erityyppisten kriisitilanteiden näkökulmasta. Tärkeimpänä tehtävänä hälytyslaajennuksella on käytettävien toimintojen yhteensovittaminen tilanteiden kanssa ja toimintojen varmistaminen esim. tarkistuslistoilla (cheklist). Näiden lisäksi suunnitteluun kuuluu olennaisena osana päivittäisten toimintojen (SOP) turvaaminen ja niiden yhteensovittaminen kriisitilanteen poikkeuksellisten toimintojen kanssa. (FEMA 1996, 3-2 - 3-3.)

World health Organisation (WHO) on kehittänyt Euroopan laajuisen "Hospital emergency response checklist" - ohjeistuksen, jolla pyritään tukemaan sairaalan toiminnallista johtoa todennäköisissä kriisitilanteissa. *Cheklist*- näkökulma perustuu loogisesti etenevään, nopeaan muistilistaan verrattavaan listaukseen kriisitilanteessa toteutettavista toiminnoista. "Muistilistan" käyttö perustuu *All Hazard*- käytäntöihin, jolloin listassa ovat vain ne toiminnot jotka käytännössä aina tarvitaan kriisitilanteen sattuessa. WHO:n ohjeistus on jaettu 9 eri osioon. Niissä käsitellään johtamista, resursseja, yhteistyötä muiden viranomaisten/ yhteistyökumppaneiden (kuten logistiikka- ja huoltoyksiköt) kanssa sekä jälkihoidon järjestämistä. Ohjeistuksen avulla pyritään luomaan johdonmukainen ja selkeä toimintojen käynnistämiseen ja ylläpitämiseen tehty toimintasuunnitelma. (WHO 2011, 6-7.) Hyvin samanlainen malli on kehitetty Yhdysvalloissa 1990- luvun puolella. Siellä käytössä olevasta ohjeistuksesta käytetään nimeä EOP (Emergency Operation Procedure), jonka tarkoituksena on ohjata organisaatioiden ja yksilöiden käytännön toimintaa kriisitilanteessa. EOP:n sisältö rakentuu omien ja ulkopuolisten resurssien yhteensovittamisesta, johtosuhteiden määrittelystä, operatiivisista toiminnoista, tilannekuvan ylläpitämisestä, viestinnästä ja kriisitilanteen aiheuttamiin tarpeisiin vastaamisesta. (FEMA 1996, 3-1 - 3-3.)

Tärkeää niin kunnan kuin terveyskeskuksen kriisijohtamisessa on se, että kuka tahansa organisaation henkilökunnasta kykenee toimimaan ohjeiden mukaan ja käynnistämään tarkoituksenmukaiset toiminnot. Tämä edellyttää huolellista suunnittelua, hyvää perehdytystä, selkeää ohjeistusta, toimintojen testausta ja säännöllistä harjoittelua. Kriisivalmiussuunnitelman liitteisiin tulisi sisällyttää riittävästi informaatiota, kuten käytännön ohjeet ja lisätiedot toiminnasta mm. hälytys- ja tiedotusohjeet, henkilökunnan yhteystiedot ja organisaatiokaaviot, karttoja ja rakennusten pohjapiirustuksia sekä tietoja erilaisista yhteistyötahoista. Hälytyskaavion käyttö selkeyttää organisaation sisäisen ja siihen liittyvien sidosryhmien toimintaa.

Pelkistettynä kaavio voi olla lista hälytettävistä henkilöistä yhteystietoineen. Hälytyskaavio voidaan myös räätälöidä eri erityistilanteisiin sopivaksi, jolloin jokaisella erityistilanteella tai vastuualueella voi olla hälytyskaaviota täydentäviä hälytyskaavioita (Korhonen 2010, 22; Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 84.) Riskinä on suunnitelman paisuminen niin suureksi, ettei jokainen organisaatiossa oleva työntekijä ehdi tai vaivaudu opettelemaan suunnitelman sisältöä, jolloin koko suunnitelman merkitys häviää. Kriisisuunnitelmaa tehtäessä joudutaan siis jatkuvasti tasapainoilemaan informaation määrän ja laadun merkityksestä vertailemalla sitä suhteessa hallittavan toiminnan toteuttamiseen.

Edellä mainitun takia riski- ja resurssianalyysi tulisi tehdä erityisen huolellisesti, jotta pystyttäisiin konkreettisesti vastaamaan toiminnan suunnittelussa todennäköisiin riskeihin ja huolehtimaan resurssien jakautumisesta kriisitilanteissa optimaalisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 63; Heikkilä ym. 2007, 7-8,10.)

4 Terveyskeskus organisaationa kriisitilanteissa

Kuntauudistukset ja siihen liittyvät palvelurakennemuutokset muuttavat tällä hetkellä toimintaa jatkuvasti. Tulevat kuntarakenteet ja ns. sote-uudistus määräävät tulevien sosiaali- ja terveydenhuolto alueiden määrän ja rakenteen. Sairaanhoidopiirien muuttuminen erityisvastuu (erva) alueiksi ja ensihoidon järjestämisvastuu muuttuminen vuoden 2013 alussa, ovat kaikki osaltaan vaikuttaneet ja tulevat vaikuttamaan terveyskeskuksen toimintaan ja rakenteeseen. (sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Terveyskeskuksen rooli kriisitilanteissa on tällä hetkellä vielä hieman toissijaisena. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön kuvaus terveyskeskuksen toiminnoista painottuu terveyden edistämiseen ja hoitotyöhön, eikä kuvatuissa toiminnoissa mainita esimerkiksi kriisitilanteisiin osallistumisesta. (sosiaali- ja terveysministeriö, stm.fi.) Tämä todennäköisesti johtuu terveyskeskusten alkuperäisen tarkoituksen, kansanterveyden edistämisen roolista. Tarkastelemalla terveyskeskusten historiaa ja lain edellyttämiä vaatimuksia, tulisi mielestäni huomioida terveyskeskuksen asema, ei ainoastaan kansanterveyttä edistävänä instituutioina, mutta myös kokonaisvaltaisen lääkinnällisen pelastustoiminnan yksikköinä. Tämän suuntaista suunnittelua on jo esiintynyt uusissa asetuksissa. Tulevaisuudessa päivitysasetusten ja sote-uudistusten myötä kiireellisen hoidon sekä varautumisen suunnitteluun ja toteuttamiseen kiinnitetään enemmän huomiota. (Vainikainen 2012; sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

4.1 Terveyskeskusorganisaation kehitys

Terveyskeskusjärjestelmä luotiin vuonna 1972 ja sen perusta säädettiin samaisena vuonna voimaan tulleen Kansanterveyslain pohjalta. Perusterveydenhuollon vahvistaminen, ennalta-

ehkäisyn esiin nostaminen sekä tasa-arvoisuuden lisääminen alueellisten ja sosiaalisten terveyspalvelujen saatavuudessa kuuluivat kansanterveyslain keskeisiin asioihin. (Lehtomäki 2009, 41.) Kansanterveyslain 1 §:n määritelmän mukaan kansanterveystyöstä käytettiin myös nimitystä perusterveydenhuolto (Kansanterveyslaki 28.1.1972/66). Perusterveydenhuolto on potilaan ensimmäinen kontakti terveydenhuoltoon. Perusterveydenhuoltoon sisältyy sairauksia ehkäisevä toiminta ja hoito, ja sitä säätelee Terveydenhuoltolaki. Perusterveydenhuollon perustehtäviä on väestön terveysneuvonta ja sen ylläpitäminen samoin kuin terveydentilan edistäminen ja ylläpitäminen. Se on yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kohdistuvaa toimintaa. Toimijoina ja toteuttajina ovat terveyskeskukset. Vastuu kunnallisten palveluiden rahoittamisesta on kunnalla, kun taas julkisen palvelun varat saadaan veroista ja maksuista. (Lauslahti 2007, 29- 31.)

Eri toiminnat kansanterveystyössä koottiin yhtenäiseksi kokonaisuudeksi terveyskeskuskäsitteen alle, joista yhdistyi toimintayksikkö eli kunnallinen terveydenhuoltojärjestelmä. Fyysisesti samaan tilaan koottiin lääkärit ja terveydenhoitajat, siis aiemmin erillään toimineet kunnalliset palvelut. Uudistuksen toivottiin myös kehittävän moniammatillista yhteistyötä työntekijöiden välillä. Terveyskeskuksiin tuli edellä mainittujen lisäksi toimimaan myös lukuisia muita terveydenhuoltoalan ammattiryhmiä riippuen terveyskeskuksen koosta. (Lehtomäki 2009, 42.)

Terveyskeskustoiminta oli perustunut myös vahvasti lakien kautta valtion ohjauksen alaiseksi ja kuntien toiminnan tuli olla linjassa valtakunnallisten toimintasuunnitelmien kanssa. Kehitys oli edennyt normi- ja voimavaraohjauksesta informaatio-ohjaukseen sekä siitä edelleen 2000-luvulle tultaessa kansallisten ohjelmien ja sosiaali- ja terveysministeriön antamien suositusten kautta kehittyväksi organisaatioksi. (Lehtomäki 2009, 44.)

Terveyskeskustoiminnan tärkein toiminto on sairaanhoito. Sairaanhoitajien päivystysvastaanotot sekä puhelinpäivystys ovat vähentäneet akuuttien lääkäri vastaanottojen kuormitusta. Kuormitusta ovat vähentäneet myös hoitajien laajennetut tehtäväkuvat. Tärkeänä on pidetty myös moniammatillisen yhteistyön kehittämistä, jolloin monien eri alojen asiantuntemus saatettaisiin osaksi potilaan kokonaisuhoitoa. Työvoima- ja resurssipula, hoitotapojen muutokset ja teknologian kehittyminen ovat aiheuttaneet terveyskeskuksissa työnjakoa ammattihenkilöiden välillä. Osittain lääkäripulasta johtuen hoitohenkilöstölle on siirretty lisää sairaanhoitoa ja ehkäisevää hoitoa koskevia tehtäviä. Lehtomäen esittelemän vuonna 2005 toteutetun selvityksen mukaan hoitajien vastaanotot olivat jopa 60% kaikista hoitajien ja lääkärin vastaanottokäynneistä. Kaikista terveyskeskuksen päivystyskäynneistä sairaanhoitajien päivystysvastaanottoja oli n. 28%. Hoitajien työnkuvassa lisääntyivät hoidon tarpeen arviointi, hoito ja hoitoonohjaus äkillisissä terveysongelmissa joko vastaanotoilla tai puhelimitse sekä pitkäaikaissairaiden seuranta. (Lehtomäki 2009, 79.) Sairaanhoitajien monipuolinen ja itse-

näinen rooli asettaa uusia toimintamalleja myös kriisitilanteessa toimimiselle. Tärkeää on huomioida todelliset voimavarat kriisitilanteessa ja antaa vastuuta laadukkaan hoidon takaamiseksi.

Laadukkaan hoidon takaamisen ja kehittämisen taustalla tulisi olla yhtenäiset toimintakäytännöt, työnjaon selkiyttäminen sekä yksilökeskeisten keinojen ja yhteisöllisten menetelmien käyttö. Terveyskeskuksen kehittymisen haasteita asettaa niin taloudellisten kuin työntekijäresurssien puute. Tärkeää on riittävä perusterveydenhuollon resursointi ja toimintatapojen tehostaminen. Asiakslähtöisyyttä pidetään tärkeänä palveluiden kehittämisessä terveydenhuollon perustehtävän selkiyttämisen lisäksi. Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulisi kehittää ja hoitoketjuja yhtenäistää. Haasteina onkin osaavan henkilöstöresurssien turvaamisen ja työnjaon lisäksi perusterveydenhuollon ja siihen liittyvän ehkäisevän työn kehittäminen. (Lehtomäki 2009, 45 - 46.)

Valtakunnallinen terveydenhuollon neuvottelukunta (ETENE) näkee, että terveyskeskusten moniammatillisessa työyhteisössä tulisi yhdistyä eri asiantuntijuudet ja yhteisöllisen toiminnan muodot. Laatua kuvastaa etenkin potilaan hoidon koordinointi, jossa esiintyy asiantuntijoiden kesken jaettua hoitoa, sekä sen jatkuvuus ja kommunikaatio eri toimijoiden ja tahojen välillä. ETENE korostaa yhteistyötä yhteiskunnan eri sektoreiden ja potilaan kanssa tavoiteltaessa laadukasta ja hyvää hoitoa, sekä terveydenedistämistä ja toimintakykyä rajallisten voimavarojen puitteissa. Moniammatillinen yhteistyö tulee huomioida myös kriisi- ja erityistilanteissa. Tämä on myös kirjattu uuteen päivystysasetukseen. Joustava yhteistyö mahdollistaa katkeamattoman hoitoketjun niin potilaalle kuin omaisille ja se parantaa näin potilasturvallisuutta ja hoidon laatua. Moniammatillisuutta ja eri viranomaisten yhteistyötä parannetaan etenkin yhteisharjoitusten avulla. (Lehtomäki 2009, 81; sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

4.2 Päivystystoiminta

Terveydenhuoltolaki 1326/2010 edellyttää, että kuntien on laadittava järjestämissuunnitelma. Järjestämissuunnitelmassa tulee ilmetä kuntien välinen yhteistyö terveyden edistämiseen liittyen, sekä terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä liittyen mm. päivystys-, kuvantamis- ja lääkinnällisen kuntoutuksen palveluihin. Lisäksi tulee määritellä yhteistyö muiden terveydenhuollontoimijoiden kesken, kuten perusterveydenhuollon, erikoissairaanhoidon, sosiaalihuollon ja lääkehuollon. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Perusterveydenhuollon osalta terveydenhuoltolaki 1326/2010 määrittää, että potilaan on arkipäivisin virka-aikaan saatava yhteys terveyskeskukseen tai muuhun terveydenhuollon toimintayksikköön. Ensiarvion jälkeen hoidon tarpeen arviointi on tehtävä viimeistään kolmantena arkipäivänä siitä, kun potilas on ottanut yhteyttä terveydenhuollon yksikköön, mikäli arviointi

on estynyt ensimmäisen yhteydenoton aikana. Laissa (Terveydenhuoltolaki 1326/2010) määritetään myös potilaan oikeudesta saada missä tahansa terveydenhuollon yksikössä kiireellistä hoitoa hänen asuinpaikastaan riippumatta. Kiireellinen hoito koskee tapauksia, jossa ilmenee tarve hoitoon ja arviointiin heti eikä sitä voida siirtää ilman vamman vaikeutumista tai pahenemista. Tämän toteuttamisessa tulee järjestää ympärivuorokautinen päivystys, jossa on oltava riittävät resurssit ja osaaminen, jotta turvataan hoidon turvallisuus ja laatu. Terveyskeskuksen pitäisi määrittellä päivystysjärjestelyt ja varallaolo henkilöstön riittävyyden ja saatavuuden takaamiseksi sekä sopia tietosuojakäytännöistä ja tietojen kirjaamisesta ja siitä miten tieto arkistoidaan. Myös tiedon kulku kriisitilanteessa on erittäin tärkeää. Kriisitilanteesta saatuja tietoja tulisi analysoida ja niiden pohjalta tehdä johtopäätökset jolloin toimintamalleja voidaan joustavasti muuttaa tarpeen mukaan (Koskinen 2009, 31; Terveydenhuoltolaki 2010.)

Päivystysyksiköt ja työnjako tulee esittää järjestämissuunnitelmassa, samoin tulee myös huomioida alueen ensihoitopalvelut. Laki koskee myös muita palveluja, kuten suun terveydenhuoltoa, mielenterveyshoitoa, päihdehoitoa ja psykososiaalista tukea (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Tällä hetkellä sosiaali- ja terveysministeriössä on käsiteltävänä päivystysasetus, jonka tarkoituksena on parantaa terveyskeskusten ja sairaaloiden päivystyksellistä tasoa. Asetuksella pyritään luomaan kiireellisen hoidon laadulliset standardit. Asetukseen sisältyvät mm. potilaiden kiireellisyyden luokittelu, henkilöstön pätevyyden ja ammattitaidon määrittely sekä varautuminen erityis- ja kriisitilanteisiin. Asetuksen 4. pykälässä painotetaan päivystyksen toiminnan varmistaminen myös normaaliolojen erityistilanteisiin ja päivystyksellisiin ruuhkatilanteisiin terveydenhuoltolain määrittämän alueellisen valmiussuunnitelman mukaisesti. (Vainikainen 2012; Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2006) ohjeistuksen mukaan terveyskeskuksen valmiussuunnitelmassa tulee ilmetä sen normaali toiminta ja muutokset sekä erityistilanteissa että poikkeusoloissa. Näissä kriisitilanteissa osa toiminnoista on korostuvia ja osa väistyviä, jolloin suunnitelmassa tulee arvioida, mitkä toiminnot kuuluvat korostuviin ja mitkä väistyviin. Tällöin väistyvistä tehtävistä saadaan lisäkapasiteettia korostuvien tehtävien hoitamiseen. Terveyskeskuksen tulee pystyä lisäämään tilanteen vaatimia toimintoja erityistilanteissa 25 prosenttia ja poikkeusoloissa 50 prosenttia. Vastaanoton toimintakapasiteetti normaalioloissa tulisi kuvata suunnitelmassa, jolloin erityistilanteiden ja poikkeusolojen vaatima kapasiteetin lisääminen riskianalyysiin perustuen olisi helpompaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 69.)

Käytännössä korostuvilla toiminnoilla tarkoitetaan kiireellistä päivystystyyppistä vastaanotto-toimintaa. Päivystyksyksiköille lankeaa usein rooli kriisitilanteiden "etujoukoissa" toimimisesta ja toiminnan organisoinnista organisaation sisällä. Päivystyspoliklinikalla on organisaation johdosta kunnnes organisaation sisäinen johto ottaa tilanteen johdon vastuulle. Päivystykselle on annettu tällöin suurempi rooli ja mahdollisuus lisätä sen resursseja tarpeen mukaan. Jos terveyskeskuksen päivystyksen hoitaa toinen yksikkö, on arvioitava vaikutukset hoidon saantiin poikkeusoloissa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 69.) Keravan tilanteessa yöpäivystys on sidottu yksityisen terveydenhuollon palveluja tuottavan yrityksen toimintaan. Tällöin toimintasuunnitelmassa on jouduttu huomioida myös heidän toimintaansa ohjaavat suunnitelmat sekä sen vaikutus Keravan terveyskeskuksen toimintaan.

4.3 Muut terveyspalvelut ja yhteistyö

Terveyskeskuksen valmiussuunnitelmassa huomioidaan myös muut järjestettävät terveyspalvelut kuten sairaanhoito ja kuntoutus, hammashuolto, koulu- ja opiskelijaterveydenhuolto, työterveyshuolto, mielenterveyspalvelut, terveyskeskuksen erikoissairaanhoito, laboratorio-palvelut, röntgen ja muut kuvantamistutkimukset sekä ympäristöterveydenhuollon toiminta. Sairaanhoidon ja kuntoutuksen osalta suunnitelmassa tulee olla kuvaus normaaliolojen järjestelyistä sekä varautumisesta erityistilanteisiin ja poikkeusoloihin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 71-72.)

Terveyskeskuksen valmiussuunnitelma tehdään yhteistyössä eri viranomaisten ja asiantuntijoiden kanssa. Suunnitteluun osallistuvat ainakin ympäristöterveydenhuolto, sosiaalitoimi ja pelastustoimi. Riskianalyysistä riippuen myös paikallisen teollisuuden edustajia voi olla mukana suunnittelussa. Tämän lisäksi asiantuntijoina voivat olla Vapaaehtoisen pelastuspalvelun (VaPePa) ja Suomen Punaisen Ristin (SPR) edustaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 63.)

Vapaaehtoisjärjestöjen resurssit ja osaaminen viranomaistoiminnan tukena erityistilanteissa ja poikkeusoloissa ovat usein elintärkeitä. Tästä syystä sosiaali- ja terveydenhuollon tulee valmiussuunnittelussaan ottaa huomioon yhteistyö vapaaehtoisjärjestöjen kanssa ja sovittaa suunnitelmat yhteen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 16.)

Pelastuslain mukaan kunnan ja kuntayhtymien eri toimialoista vastaavat virastot ja laitokset huolehtivat tehtäväalueensa ja keskinäisen työnjakonsa mukaisesti yhteistoiminnassa muiden asiantuntijoiden kanssa mm. psykososiaalisen tuen ja palveluiden järjestämisestä. Palveluja tarjotaan niille, jotka uhreina, uhrien omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen. Kaikki toimialat avustavat tarvittaessa pelastusviranomaisia pelastustoiminnassa ja väestönsuojelussa antamalla pelastusviran-omaisille toimialaansa soveltuvaa asiantuntija-, kalusto- ja materiaaliapua sekä apua pelastushenkilöstön huoltamiseksi. (Pelastuslaki

2011.) Yhteistyö terveystieteiden ja toimivaltaansa käyttävän viranomaisen välillä voi tarkoittaa myös Valmiuslain 1080/1991, 30§ perusteella tehtäviä toimenpiteitä. Valmiuslain mukaan Valtioneuvosto voi väestön terveydenhuollon turvaamiseksi velvoittaa sairaanhoito- tai tutkimuslaitoksen tai terveystieteiden ylläpitäjän laajentamaan tai muuttamaan laitoksensa toimintaa, siirtämään toimintansa oman toimialueensa ulkopuolelle. Velvoite koskee myös potilaiden sijoittamista ja hoitamista potilaiden kotipaikasta riippumatta. Valmiuslain perusteella voidaan määrätä myös kunnan tai kuntayhtymän luovuttamaan laitoksensa valtion viranomaisen käyttöön. (Valmiuslaki 1991.)

Luonnollisesti onnettomuustilanteessa yhteistyötä tehdään paikallisen poliisin ja pelastusviranomaisten kanssa. Erityisasiantuntemusta saadaan lisäksi erikoissairaanhoidosta. Suuronnettomuustilanteessa tai vastaavassa poikkeuksellisessa tilanteessa, voidaan tehdä yhteistyötä myös monien muiden eri viranomaistahojen ja asiantuntijoiden kanssa. Näitä ovat poliisin ja pelastusviranomaisten lisäksi mm. puolustusvoimat ja säteilyturvakeskus. Puolustusvoimien suuret resurssit ja erityiskalusto sekä säteilyturvakeskuksen asiantuntijuus säteily, biologisten ja kemiallisten uhkien torjunnassa ovat merkittävä voimavara. Epidemiatilanteissa asiantuntijoina toimivat Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos (THL) ja Eläinlääkintä- ja elintarviketutkimuslaitos. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 68-69.) Tällöin tulee olla varmistettuna yhteistyökäytännöt myös laboratorioverkoston kanssa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006a, 14).

Kemikaali- ja myrkytys-onnettomuuksien osalta terveystieteiden keskuksella tulee olla suunnitelma paikallisesta asiantuntijaryhmästä, jonka kanssa muodostetaan yhteistyössä toimintaohjeet todennäköisimpiä onnettomuuksia varten. Mahdollista ympäristöonnettomuutta varten tarvitaan asiantuntemusta ympäristökeskukselta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 68-69.) Ympäristöterveydenhuollon toiminnan suunnitelma perustuu kunnan alueella olevien ympäristöonnettomuuksien, epidemioiden ja erityistilanteiden vaaroja aiheuttavien tekijöiden tunnistamiseen. Ympäristöterveydenhuollon valmiussuunnitelmassa arvioidaan onnettomuustilanteiden päästöjä, altistuneiden määrää sekä terveydellisiä vaikutuksia. Siihen sisällytettäviä asioita ovat mm. ympäristönäytteiden analytiikka ja näytteiden otto, väestön rokottaminen, mahdolliset uhkaavat infektiosairaudet ja epidemiat, säteilyonnettomuudet sekä ruoka- ja vesihygienia. Kaikissa kunnissa ympäristöterveydenhuolto ei kuulu terveystieteiden toimintaan. Tällaisissa kunnissa suunnitelman laatii siitä vastaava viranomainen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 75-80.)

Näiden edellä mainittujen organisaatioiden yhteystiedot tulisi sisällyttää terveystieteiden keskuksen valmiussuunnitelmaan, jolloin mahdollisimman nopea ja laaja-alainen viranomaisyhteistyö toteutuisi. Erityisesti juuri suuronnettomuustilanteissa viranomaisten yhteistyö korostuu merkittävästi. (Puolustusneuvosto 1999, 62.)

Psykososiaalinen tuki järjestetään eri viranomaisten yhteistyönä. Toiminnassa ovat mukana terveydenhuollon lisäksi sosiaalitoimi ja mahdollisesti myös muut tahot kuten seurakunta ja vapaaehtoiset järjestöt. SPR:n psykologien valmiusryhmä on mukana tekemässä psykologista kriisityötä Suomessa tapahtuvissa suuronnettomuuksissa. Valmiusryhmän rooli on muodostunut lähinnä kriisityön valtakunnallisesta koordinoinnista ja paikallisen kriisityön konsultoinnista (Saari 2003, 295–296.)

Kriisityö ja psykososiaalinen tuki on tärkeä osa kriisitilanteiden toimintasuunnitelmassa ja sen toimintaa ohjaa sairaanhoitopiirien ja kuntien valmiussuunnitelmat. Tämän vuoksi kriisityön toiminta ja rakenne on tärkeää ymmärtää kriisitilanteen toimintaa suunniteltaessa. Useilla paikkakunnilla kriisityölle on oma valmiussuunnitelmansa ja kriisiryhmänsä, joka on sopeutettu terveyskeskusten suunnitelmaan ja toimintaan kriisitilanteen sattuessa. (KäypäHoito 2009.)

Kriisityöllä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joilla pyritään edistämään järkyttävistä kokemuksista selviytymistä sekä torjumaan ja lievittämään onnettomuuksien ja muiden äkillisten järkyttävien tapahtumien aiheuttamaa psyykkistä stressiä ja sen seuraamuksia (KäypäHoito 2009). Kriisityöksi luetaan välittömästi äkillisen trauman jälkeen terveydenhuollon ja sosiaalitoimen asiantuntijoiden toteuttamaa psyykkistä ensiapua ja varhaisia interventioita tapahtuman uhreille. Valtioneuvoston asetuksessa pelastustoimesta (2003/787, 6 §.) Viranomaisten tehtävä on psykososiaalisen tuen osalta huolehtia psykososiaalisen tuen järjestämisen niille, jotka uhreina, omaisina tai pelastajina ovat joutuneet osallisiksi onnettomuuteen (Hynninen 2009, 15–16.) Tikka, Hakala ja Pedak kirjoittavat kriisin akuuttivaiheen psykososiaalisen toiminnan kattavan sekä välittömän tiedollisen, käytännöllisen ja henkisen ensiavun. Lisäksi tarvittaessa vertaisryhmille järjestettävät defusing eli purkuistunnot ja debriefing eli jälkipuinti-istunnot, sekä sosiaalisten yhteyksien rakentamisen pidempiaikaista jälkihoitoa varten. Psykososiaalinen tuki ja palvelut on kattotermi sille toiminnalle, jota järjestetään yhdyskuntaonnettomuuden, suuronnettomuuden tai muun erityistilanteen seuraamusten rajoittamiseksi ja tapahtuman aiheuttaman psyykkisen stressin seuraamusten torjumiseksi ja lievittämiseksi (Tikka, Hakala & Pedak 2010, 56; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 11; Hynninen 2009, 17.)

Psykososiaalisen tuen järjestäminen vaatii jatkuvaa suunnittelua. Psykososiaalisen tuen ja palvelujen edustus tulee olla mukana eri tasojen valmiussuunnittelun johtoryhmissä eri toimijatasoja ja ammattiryhmiä käsittävänä. (Käypä Hoito 2009; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 18.) Vastuu psykososiaalisen tuen järjestämisestä suuronnettomuustilanteen tapahtuessa on kunnilla ja niiden terveyskeskuksilla ja erityisesti terveyskeskusten kriisiryhmillä. Kriisiryhmät ovat moniammatillisia ryhmiä, joiden jäseninä on psykologeja, lääkäreitä, sairaanhoitajia, sosiaalityöntekijöitä, pappeja, diakoniatyöntekijöitä ja muita sosiaali- ja terveyden-

huollon ammattihenkilöitä (Hynninen 2009, 17). Pienten kuntien terveyskeskukset voivat tarvittaessa muodostaa yhteisiä kriisiryhmiä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 20).

Terveyskeskusten kannattaa jo hyvissä ajoin valmiussuunnitelmaa tehdessään luoda kontakteja kolmannen sektorin auttajatahoihin. Psykososiaalisen tuen osalta näitä ovat mm. Suomen Punainen Risti ja Suomen Mielenterveysseura, joista terveyskeskuksen kriisiryhmä voi saada runsaasti lisää resursseja suuronnettomuustilanteen psykososiaalisen tuen järjestämiseen (Saari, Kantanen, Kämäräinen, Parviainen, Valoaho & Yli-Pirilä 2009, 101; Sosiaali- ja terveysministeriö 2009, 29-30.)

Norjalaisen psykologin Atle Dyregrovin mukaan on äärimmäisen hyödyllistä varautua suuronnettomuustilanteisiin ennalta konkreettisen ja selkeän valmiussuunnitelman muodossa. Hän painottaa, että psykososiaalisen tuen suunnitelman tulisi olla osa suurempaa pelastustoimintasuunnitelmaa. Paikallisen kriisisuunnittelun tärkeimmät elementit Dyregrovin mukaan ovat resurssisuunnitelma, mobilisointisuunnitelma ja toimenpidesuunnitelma. Nämä elementit perustuvat yleiseen valmiussuunnittelun periaatteisiin. Lisäksi psykososiaalisessa tukityössä mukana olevan henkilöstön tulee valmistautua kohtaamaan omat reaktionsa työn aikana (Dyregrov 1993, 58-61.)

Paikallisen psykososiaalisen tukityön tulisi perustua yhteistoimintaan, koordinoimiseen ja voimavarojen yhdistämiseen. Yhteistoiminnalla tarkoitetaan tässä paikallisten organisaatioiden ammattihenkilöiden yhteistä koordinoitua työpanosta, esimerkiksi koulun, terveysviranomaisten, poliisin ja kirkon ammattihenkilöiden yhteistoimintaa. Suuronnettomuustilanteen tapahtuessa organisaatioiden olemassa olevat valmiussuunnitelmat ja resursointi yhdistetään väliaikaisesti toimimaan yhteisesti yhteisen asian hyväksi. Tämä edellyttää olemassa olevien vastuusuhteiden verkon nopeaa ja tehokasta yhteensovittamista. (Dyregrov 1993, 63.)

Terveyskeskuksen kriisiryhmän tehtävä suuronnettomuustilanteessa on arvioida kriisiavun tarve ja kriisiryhmän resurssien riittävyys. Ryhmän tehtävä on huolehtia välittömästä psyykkisestä ensiavusta kattavasti ja riittävästi. Kriisiryhmä toteuttaa selviytymistä tukevat varhaiset kriisi-interventiot kohdistamalla ne perheisiin, koulu-, työ- ja muihin yhteisöihin. Kriisiryhmän ammattilaisten tehtävä on myös tunnistaa jatkoavun tarpeessa olevat henkilöt ja ohjata heidät oikeiden palveluiden pariin. Ammattilaisten tehtävänä on myös informoida kriisiavun tarpeesta muilta paikkakunnilta olevien uhrien kotipaikkakunnan terveyskeskuksille ja kriisiryhmille (Hynninen 2009, 18.) On tärkeää, että ensilinjan auttajat (pelastushenkilöstö, sairaankuljetushenkilöstö) tunnistavat äkillisen järkyttävän tapahtuman uhrin ja tarjoavat heille apua ottamalla yhteyttä kriisiryhmään. Sen vuoksi ajantasainen ja toimiva hälytysjärjestelmä ja jatkuva koulutus ovat ensiarvoisen tärkeitä (Hynninen 2009, 18.)

Terveyskeskuksen kriisiryhmän toinen tärkeä tehtävä suuronnettomuustilanteissa on uhrien mahdollisimman aikaisen tukemisen lisäksi puhelinpalveluiden avaaminen. Puhelinpalveluiden tarkoituksena on esimerkiksi uhrien omaisten, paikallisyhteisöjen, yritysten ja koulujen auttaminen (Dyregrov 1993, 73.)

Suomen oloissa pelastustoimet ja uhrien evakuointi käyvät hitaasti, jonka vuoksi terveyskeskusten kriisiryhmät ja erikoissairaaloitten psyykkisen ensihoidon ryhmät ehtivät mukaan toimintaan usein jo tapahtuma-alueella. Olisi kuitenkin erityisen tärkeää, että kaikki tilanteessa olevat lääkintäjohtajat hallitsevat perustason psyykkisen hoidon järjestelyperiaatteet ja yhteistoiminnan pelastustoimen johdon kanssa. Kun terveyskeskus varautuu suuronnettomuustilanteeseen, olisi hyvä määrittää organisaation päätehtävä ja miten eri hoitotoimenpiteet etenevät eri vaiheissa, eli kuvata auttamisprosessi. Tärkeää olisi myös nimetä jo ennalta vastuuhenkilöt eri toimialueille sekä kuvata hälytysjärjestelmä vastuuportaiden mukaisesti (Ponteva 2006, 123- 124.) Koska kaikkia erityyppisiä onnettomuustilanteita ei pystytä harjoittelemaan, tulisi olla yksi ajan tasalla oleva ja hyvin harjoiteltu valmiussuunnitelma (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 24).

5. Organisaation kehittämisen teoria

Aloitettaessa organisaation kehittäminen, tulee perehtyä organisaation kehittämisen teoriaan. Seuraavassa käsitellään organisaation kehittymiseen vaikuttavien kulttuuristen ja yksilöllisten ominaisuuksien ja toimintojen vaikutusta kehittämistyöhön ja muutokseen.

Organisaatio voidaan määritellä rakenteellisesti joukoksi ihmisiä, jota ohjataan ja opastetaan kohti yhteisiä tavoitteita. Käsitettä voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta, kuten rakenteellisesti ja toimintamallien kautta. Toimintamalleja tarvitaan palveluiden tuottamisessa. Ne sisältävät kehittämisenäkökulman lisäksi organisaatioratkaisuja, johtamisjärjestelmän, palkitsemisjärjestelmän ja tuotantoprosessin. Myös hyvinvointipalveluiden organisointiin liittyy erityyppisiä rakenteita ja tehtäviä, kuten valvonta, rahoittaminen ja tuottaminen (Lauslahti 2007, 119.)

Pyrittäessä kehittämään ja muuttamaan organisaatioita organisaatiokulttuurilla on todettu olevan suuri merkitys (Lehtomäki 2009, 47). 1990-luvun alusta alkanut organisaatiorakennemuutos markkinaorientoituneempaan suuntaan muokkasi organisaatiokulttuuria voimakkaasti. Tulosjohtaminen ja tulosvastuullisuus määritettiin julkishallinnon osaksi hallituksen taholta vuonna 1992. Näin ollen erilaisilla tuottavuus- ja laatuohjelmilla, kuten esimerkiksi liikelaitostamalla valtion yhtiöitä, pyrittiin vastaamaan muuttuvaan kehitykseen ja kansainvälistymiseen. Entiset, jopa byrokraattisiksi koetut virkamiehet muuttuivat yhä enemmän yrittäjähenkiksi dynaamiseksi toimijoiksi (Filander 2000, 24,29.)

Lehtomäki (2009) on käyttänyt tunnetun organisaatiokulttuuritutkijan Edgar Scheinin (2001) määritelmiä organisaatiokulttuurista. Scheinin ajattelussa organisaatiokulttuuri muodostuu näkyvästä ja tiedostetusta osasta sekä tiedostamattomasta rakenteesta. Jäsenten yhteiset kokemukset hyvin hoidetuista tilanteista ja historia synnyttävät organisaatiokulttuuria. Scheinin ajattelu sopii terveyskeskusorganisaatioiden rakenteelliseen tutkimiseen ja kehittämisen pohjaksi. Scheinin määrittelee organisaatiokulttuurin kolmessa tasossa, joita ovat artefaktat, ilmaistut uskomukset ja arvot ja pohjimmaiset perusolettamukset. Artefaktat muodostavat kulttuurin ensimmäisen tason. Kulttuurin ensimmäiseen tasoon kuuluu näkyvä toiminta ja havaittava käyttäytyminen. Se näkyy symboleina, kuten rituaaleina ja ammattikielenä. Artefaktoihin sisältyy myös kollektiivinen toiminta, joka lisää ryhmän kiinteyttä. Artefaktat muodostavat organisaation imagon, ja täten sillä on suuri merkitys asiakkaiden ja ulkopuolisten silmissä. (Lehtomäki 2009, 47- 48.)

Kulttuurin toisen tason muodostavat arvot ja arvostukset. Näiden avulla päästään syvemmälle kyseisen organisaation kulttuuriin. Arvot ilmentävät mikä on hyvää, oikein ja toivottavaa. Osa arvoista voi olla virallisia ja julkisia, osa taas epävirallisia ja julkaisemattomia. Arvot muodostavat orientaatioperustan ja toimivat valintojen kriteereinä. Viralliset ja julkiset arvot ilmentävät toimintatilaa ja ilmaisevat myös millaisena organisaatio haluaa näyttytyä ulkopuolisille. Viralliset ja julkiset arvot palvelevat myös organisaation toimintamallien perustelemisessä. Epäviralliset ja julkaisemattomat arvot voivat olla ristiriidassa virallisten ja julkaistujen arvojen kanssa, koska ne vaikuttavat toimintaan tiedostamattomasti. Epävirallisia ja julkaisemattomia arvojen toteutuminen ohjaa toimintaa tiedostamattomasti (Lehtomäki 2009, 48-49.)

Arvojen välille syntyvien ristiriitojen vuoksi kulttuuria on tarkasteltava vielä syvemmältä tasolta. Yhteiset piilevät oletukset muodostavat kulttuurin ytimen. Piilevät oletukset muodostuvat oppimisprosessin myötä, ja se nimetään perusolettamuksien tasoksi. Muutos tapahtuu, kun oletettua arvoa aletaan pitää organisaation arvona. Uskomukset, oletukset, alitajuiset ja automatisoituneet tavat siirtyvät pois tietoiselta tasolta ja muokkaantuvat perusolettamuksiksi. (Lehtomäki 2009, 48- 49.)

Yleisten näkemysten lisäksi myös organisaation sisällä saattaa olla erilaisia näkemyksiä toiminta-ajatukseen liittyen, joita esim. eri ammattiryhmät uskomuksineen ja oletuksineen saattavat omaksua. Alakulttuurit, joita voi kehittyä organisaation sisälle asettavat erilaisia omia päämääriä, mikä hankaloittaa kommunikaatiota ja eri toimintojen kehittämispyrkimyksiä. Tämä vaikuttaa kulttuuristen oletusten hallintaan organisaatiossa ja siihen, kuinka tuloksia havainnoidaan, ja kuinka niihin reagoidaan ja niitä korjataan. Kehittymisen kannalta on tärkeää organisaation toiminta-ajatukseen ja pyrkimykseen liittyvä yksimielisyys. (Lehtomäki 2009, 52.)

5.1 Organisaatiokulttuurin muutos

Organisaatiokulttuurin yksi keskeisistä tekijöistä on työhön sosiaalistuminen. Uuden työntekijän on omaksuttava organisaatiokulttuurissa vallitsevat arvot ja normit, joiden pohjalta toimitaan. Esimiehen asema tässä suhteessa on suurin, koska johto viestittää suoraan ja epäsuorasti arvojaan ja näkemyksiään sekä prioriteetteja, joiden mukaan asioiden tärkeys arvioidaan ja ne hoidetaan. Kuitenkin myös jo organisaatiossa työskentelevät viestittävät nonverbaalisesti sekä verbaalisesti organisaation toimintatapoja uudelle työntekijälle. Yksilötasolla uuden oppimisella tarkoitetaan tiedon vaihtamista, ryhmätasolla taas yksilön tulee ajatella asiaa ryhmän kannalta ja muuttaa toiminta- ja ajattelutapojaan ajamaan ryhmän yhteistä päämäärää ja etua vastaavaksi. "Uudelleen institutionalisointi" ulottuu organisaatiotason oppimiseen, jolloin prosessi etenee yksilö- ja ryhmätason kautta organisaatiotasolle ja vertautuu institutionaaliseen viitekehykseen. Työhön sosiaalistumisen tapahtumaan liittyy näin ollen tosiasiatietoa, arvotietoa, tiedostettuja ja tiedostamattomia olettamuksia, sosiaalisia normeja sekä artefaktoja. Kokemustiedon synnyn pohjalle edellytetään tiedostamattomia ja tiedostettuja perusolettamuksia, jotka ilmenevät perustehtävien suorittamisessa ja toistuvissa oppimistilanteissa (Lehtomäki 2009, 56- 57, 60.)

Aikaisemmin työntekijän sopeuttamisesta on nykyaikana siirrytty sitouttamiseen. Enää ei organisaation ja työntekijän välistä suhdetta nähdä suoranaisesti autoritäärisenä. Filanderin esittää väitöskirjassaan Kinlavin (1995) kehittämän käsitteen valtauttaminen (empowerment), jolloin työntekijöille annetaan mahdollisuus kokea aikakauden ominaispiirteiden mukaisesti yksilöllistymisen ja vapauden tunnetta. Työntekijän yksilökohtaisia taitoja ja osaamisalueita hyödynnetään työtehtävissä, jolloin työntekijän identiteetti korostuu. Näillä keinoin kuvataan työntekijöiden vapautumista korporatiivisten rakenteiden ja byrokraattisten ohjausten vallasta. Yksilökohtainen vapaus kasvaa ja oman työn sisältö muuttaa muotoaan. Ongelmaksi tämä muodostuu, kun työtehtäviin liitetään toimintoja, jotka jatkuvasti edellyttävät työntekijän ammatti- ja työtehtävärajojen ylittämistä. (Filander 2000, 37- 38.)

Kulttuurin muuttaminen saattaa olla haastava prosessi organisaatiossa, koska vallitseva organisaatiokulttuuri luo ennustettavuutta päivittäiseen toimintaan. Sosiaalisen oppimisen kautta opituista toiminnoista ja tavoista on usein vaikea luopua, etenkin jos organisaatio menestyy tehtävässään. Menestyksen myötä on vaikea havaita ympäristön muutoksia, joiden pohjalta organisaatiossa vallitsevaa kulttuuria tulisi kehittää tai muuttaa sitä paremmin vastaavaksi. Kulttuurin ymmärtäminen onkin tärkeää kehittämisessä juuri siksi, koska se on mukana muutoksessa joko edistävänä tai estävänä. Kulttuurin lisäksi organisaation ikä ja koko vaikuttavat toiminnan kehittämisessä. Iän merkitys ilmenee suoraan suhteessa kulttuurin voimakkuuteen, nuori organisaatio ei välttämättä ole muodostunut niin vahvaksi kulttuurillisesti kuin vanhempi organisaatio. Organisaation koko taas vaikuttaa siten, että pienemmissä organisaatioissa on usein muodostunut varsin yhtenäinen ja kiinteä kulttuuri, joka ilmentää toiminnallista tuttuutta. Suurissa organisaatioissa toiminnallinen tuttuus ei ole useinkaan mahdollinen, vaan käytännössä toimitaan muodollisten sopimusprosessien ja menettelytapojen turvin, jotka korvaavat henkilökohtaisen kontaktin. (Lehtomäki 2009, 57- 58.)

Uusien innovaatioiden käyttöönotto saattaa kaventaa tai edistää toimintaedellytyksiä joidenkin toimijoiden taholta, mutta myös tehdä tilaa uusille toimijoille. Innovaatiot liitetään usein teknisiin kysymyksiin ja sitä onnistuneimpia ne ovat, mitä edistyksellisimpiä ne teknisesti ovat. Kuitenkin innovaatioita tulisi tarkastella myös syvemmin kuin teknisessä tai taloudellisessa mielessä. Innovaatioiden tarkasteluun tulisi liittää myös hyödyt ja seuraamusvaikutukset yhteiskunnallisesta näkökulmasta ja ongelmanratkaisusta, kuten esim. terveydenhuollon palvelutarpeiden laadulliset ja määrälliset muutokset sekä tämän myötä kustannustarpeiden muutokset. Jos innovaatiot liitetään edellä mainittuun yhteiskunnalliseen aspektiin, voidaan prosessin onnistumisen myötä puhua yhteiskunnallisesta laadukkuudesta. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 4- 5.)

Hoitotyön kehittämisprojektit tarkoittavat, että toimintoja ja niiden sisältöjä kehitetään yhteistyössä. Se on uudistamista, joka koskee rakenteita, toimintatapoja, johtamista, kulttuuria ja henkilöstöä. Kehittämisprojektin onnistuminen perustuu tietoisuuden tasoon, mihin muutoksia aiotaan tehdä. Tietoinen kehitys onkin osa kestävästä kehityksestä. Kehittämisprosessi tulee kuitenkin suunnitella huolellisesti ja pohtia arvioiden sen tuloksellisuutta sekä mahdollistaa koko hoitohenkilökunnan osallistuminen siihen. Hoitohenkilöstön näkökulmasta onnistumiseen vaikuttaa se, miten avoimeksi ja oikeudenmukaiseksi muutos koetaan. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 100.)

Hoitotyön kehittämistoiminnalla tavoitellaan muutosta toiminnassa, joka liittyy hoitotyöhön. Toiminnan tarkastelu voidaan jakaa kahteen osaan, josta toinen tarkastelee ajattelua ja toinen osa toimintaa. Hoitotyöhön liittyvään kehittämistoimintaan osallistuvilla on sekä hiljaista tietoa että näkyvää tietoa, jota voidaan jakaa yhteisessä kehittämisprosessissa. Saman työyh-

teison työntekijät omaavat sen yhteisön ja ympäristön tietoa, jossa työskentelevät ja toinen työyhteisö ja -ympäristö taas toisenlaista tietoa. Näitä eri tiedon lähteitä yhdistelemällä voidaan kehittää uutta paremmin palvelevaa tietoa. Kehittämistyössä onkin tärkeää arvostaa jokaista tiedonlähdetä, jotta hoitotyön uusien toimintatapojen kehitys mahdollistuisi (Aho-
nen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 4-5)

Muutosprosesseissa tulee suunnitella huolellisesti sen sisältämät vaiheet ja huomioida myös organisaatiokulttuurin vaikutus kehittämisprosessin toimintoihin, kuten syntymiseen, toteuttamiseen ja lopputulokseen. Kuitenkin ennen prosessin aloittamista tulee huomioida muutoksen vaatimat edellytykset. Näitä voi olla hoitokulttuurin uudistamistarpeen tunnistaminen ja tunnustaminen sekä myönteinen asenne tutkimus- ja kehittämistoimintaan. Muutoksen käynnistämiseen tarvitaan kaikkien myönteistä asennoitumista siihen sekä kriittistä arviointia omaa osaamista ja työyhteisöä kohtaan (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 102- 103; Lehtomäki 2009, 60.)

Selkeiden tavoitteiden ja vision avulla tuodaan esille, mitä halutaan saada aikaan. Tähän tulee sisällyttää myös tavoitteet, joita pyritään saavuttamaan näyttöön perustuvan hoitotyön kautta. Lisäksi tulee suunnitella toimintakäytänteet ja muutosstrategiat. Johtajien tulee huolehtia henkilökunnan motivoinnista ja sitouttamisesta muutosprosessiin. Muutosprosessin onnistumisen kannalta on tärkeää myös ammattitaitoinen suunnittelu ja sopiva ajoitus käytännön konkreettisten toimenpiteiden toteutuksessa. Viestinnän eri keinoin ja kanavien avulla tulee selventää muutostarpeet, tavoitteet ja muutoksen vaikutukset, jotta taataan muutosprosessin edellytysten täytyminen. Osaamista tulee kehittää kartoittamalla osaamisvaatimuksia sekä määrittelemällä eri rooleja. Henkilöstön informointi, koulutus ja valmennus kuuluvat muutosprosessin edellytyksiin. Pelkästään tekninen koulutus ei riitä vaan huomiota tulee kiinnittää myös asenne- ja prosessikoulutukseen (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 104.)

Muutosprosessiin kuuluu keskeisesti myös riittävä resursointi suhteessa projektin aikatauluun ja toimintoihin sekä sisäisten ja ulkoisten resurssien käytön suunnittelu. Muutosprosessin avainhenkilöitä tulee motivoida ja osallistaa projektin edetessä. Jotta voidaan taata muutosten toteutuminen, tulee motivoinnin, kannustamisen ja tukemisen kuulua prosessin kaikkiin vaiheisiin. Muutosprosessin onnistuminen edellyttää hyvää koordinaointia ja sen toteutuksen seuranta koko prosessin ajan. Kehittämisprosesseissa hoitotyön esimiehellä on suuri rooli, sillä usein juuri hän on mahdollistajan roolissa (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 104-105)

Henkilökunnan sitouttamisesta ja osaamisen hyödyntämistä voidaan tarkastella myös valtauttamisen kautta. Filander kuvaamalla valtauttamisella tarkoitetaan ajatusmallia, jossa työntekijän suhteellinen valta ja asema muodostuvat yhtenäisen synergiaprosessin avulla. Kyse ei ole vaikutusvallan jakamisesta tai demokratiasta, vaan enemmänkin työntekijöiden sitoutta-

misesta organisaation tavoitteisiin ja päämääriin. Käytännössä työnantajien intresseihin liittyy tällöin työntekijöiden voimavarojen ja osaamisen hyödyntämistä yli perinteisten professionaalisuuden rajojen (Filander 2000, 37- 38.)

Professio määritellään sanakirjan mukaan ammatiksi tai elinkeinoksi. Laajemmin se on käsitetty arvostetuksi ja yhteiskunnallisen aseman saavuttaneeksi ammatiksi tai ammatillisuudeksi. Ammatillisuuteen liittyy yleisen hyvän edistäminen, erityinen tietoperusta, auktoriteetti asema muihin ammatteihin ja asiakkaisiin nähden sekä työssä käytettävä harkintavalta. Myös tieteellinen yhdistys ja ammattieettiset säännöt nähdään profession tunnusmerkkeinä. Tietoperusta ja koulutus ovat tärkeimpiä ominaisuuksia ja tutkinnon avulla pyritään saamaan valtuutus työtehtäviin osoittamalla ammatillinen pätevyys (Lehtomäki 2009, 67,70)

Professionaalisuus määritellään nykypäivänä työn vaativuuden ja kompleksisuuden kautta. Niinpä terveydenhuollossa vain lääkärit ovat saaneet profession statuksen, vaikka sekä lääketiede että terveydenhuolto toteuttavat yhteiskunnallista tehtävää. Hoitotyöntekijät määritellään semi-profession omaaviksi, koska hoitotyöhön vaikuttaa riippuvuus terveystalveluiden hierarkiaan ja lääkäreiden määräysvalta (Lehtomäki 2009, 68-69.)

Tiedon merkitys professioiden määrittelyssä on suuri. Usein se ilmenee eri professioiden pyrkimyksenä erilaisuuteen juuri erilaisen tietoperustan kautta ja korostamaan ammattien erilaisuutta yhteneväisten ominaisuuksien sijaan. Tämä aiheuttaa ristiriitaisuutta eri ammattiryhmien välillä. Myös ammatteihin liittyvä autonomia ja sen määrä jaottelee eri professioita. Terveydenhuollon ammattilaisten tietopohjaa voidaan säädellä hoitosuosituksilla, jotka määritellään tiedoksi. Taustalla on tutkimustietoa, joka on luotu avuksi helpottamaan hoitopäätösten tekemistä (Lehtomäki 2009, 71- 73.)

Professioita erottavia tekijöitä tiedon lisäksi on erillään tapahtuva koulutus ja yksintyöskentelyn traditio. Sekä lääkäri- ja hoitotyön professiot voivat olla sisäisesti jakautuneita, ja tästä seurauksena ovat tiukat tehtäväjaot ja oman reviirin puolustaminen. Hierarkia ilmenee lääkäri-hoitajasuhteessa siten, että lääkärit määräävät sisällöistä ja menetelmistä, jotka liittyvät hoitajan työhön. Tavoitteena tulisi olla jaetulle osaamiselle perustuva yhteistyö näiden ammattiryhmien kesken. Kuitenkin yhteinen tekijä kaikille terveydenhuollon professioille on velvoite ja osaaminen terveyden edistämisessä sekä sairauksien ehkäisyssä (Lehtomäki 2009, 77-84.)

Pyrkimys tiimimäiseen työhön, joka sisältää sovitun järkevän ja realistisen työnjaon, koetaan uhkana autonomialle. Kyseessä ovat terveydenhuollon tehtäväsiirrot, jotka nostavat hoitajien merkitystä suositusten toimeenpanossa ja vähentävät lääkärin individuaalista työtettä. Lisäksi haasteita asettaa myös väestön tietämyksen lisääntyminen ja potilaiden itsemääräämis-

oikeuden tiedostaminen. Nämä asiat vaikuttavat potilaan ja ammattilaisen väliseen "valtasapainoon" heikentäen professionaalisuutta, etenkin lääkäri-potilassuhteessa (Lehtomäki 2009, 77- 84.) Kriisitilanteessa tehtävänjaot ja vastualueet voivat muuttua huomattavasti. Muutokset voivat tuoda sekaannuksia sekä fyysisessä toiminnassa että juridisesti. Oman henkilöstön koulutus ja tietotaitotason tietäminen sekä harjaannuttaminen selkeyttävät yhteisiä toimintatapoja ja vähentää ristiriitaisuuksia toiminnassa.

Kaikkia yhdistävä moraalinen tekijä on potilaan hoito, johon liittyy keskeisesti eettinen tietoperusta. Eettisyys on eri ammattiryhmiä yhdistävä tekijä, etenkin siltä osin, että potilaalle annetaan yhteistyössä hyvää ja tasa-arvoista hoitoa. Terveystieteiden suuntaus onkin asiakaslähtöisyydessä ja yhteisissä tavoitteissa potilaan hoitoa koskien sekä sen toteuttamisessa tasa-arvoisena yhteistyönä eri ammattiryhmien kesken. Esteenä edellä kuvatulle on edelleen vallitseva hierarkisuus, työnjaot, yksilöllinen tehtävien suorittaminen, päätöksenteon itsenäisyys ja tiedonvälityksen ja vuorovaikutuksen puutteellisuus. Haasteet nousevat henkilöstöjohtamisesta ja sen kehittämisestä, josta kulttuurisen muutoksen tulisi saada alkunsa. (Lehtomäki 2009, 83- 84.)

5.2 Juurruttamisen menetelmä

Muutosprosessia voidaan tarkastella juurruttamisen menetelmän kautta. Juurruttamisella tarkoitetaan yhteisöllistä kehittämisprosessia. Se on edellytysten luomista uusien innovaatioiden käyttöönottoon ja kehittämiseen. Juurruttaminen on myös uuden tiedon tuottamista organisaation. Kuten näyttöön perustuvan hoitotyön prosessi myös juurruttaminen edellyttää uudistumista niin ajattelutavoissa, organisointitavassa kuin arviointikriteerien ja toimintatapojenkin suhteen. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 12-15; Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 4; Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 1.)

Juuruttaminen on sopeuttamisprosessia innovaation ja ympäristön välillä, siis niiden vuorovaikutuksellisuutta molempiin suuntiin. Tavoitteena on kehittää toimintamallia esim. teknologista, jonka tarkoituksena on vastata muuttuviin tarpeisiin niin yhteiskunnassa kuin inhimilliselläkin tasolla. Juurruttamisen edellytyksenä ja ytimenä on käyttöönotto. Se yhdistää kahden tiedon käsittelyn, käytännön ja teoreettisen tiedon. Käytännön kautta saadaan tietoa, näyttöä ja ymmärrystä ympäristöön liittyvistä muutostarpeista ja mahdollisista ongelmatekijöistä. Juurruttamisprosessin aikana tavoitellaan ammattialan työtoiminnan muutosta ja toiminnan ympäristön muutosta, siten, että ne muokkautuvat jo prosessin aikana toisiinsa sopiviksi. Kehittämiseen osallistuvien yhteistyöstä ja tiiviistä vuorovaikutuksesta muodostuu merkitystä muutoksessa ja innovatiivisuudessa, joka edesauttaa impletointia eli todellisen muutoksen syntyä. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 4; Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 8; Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 2.)

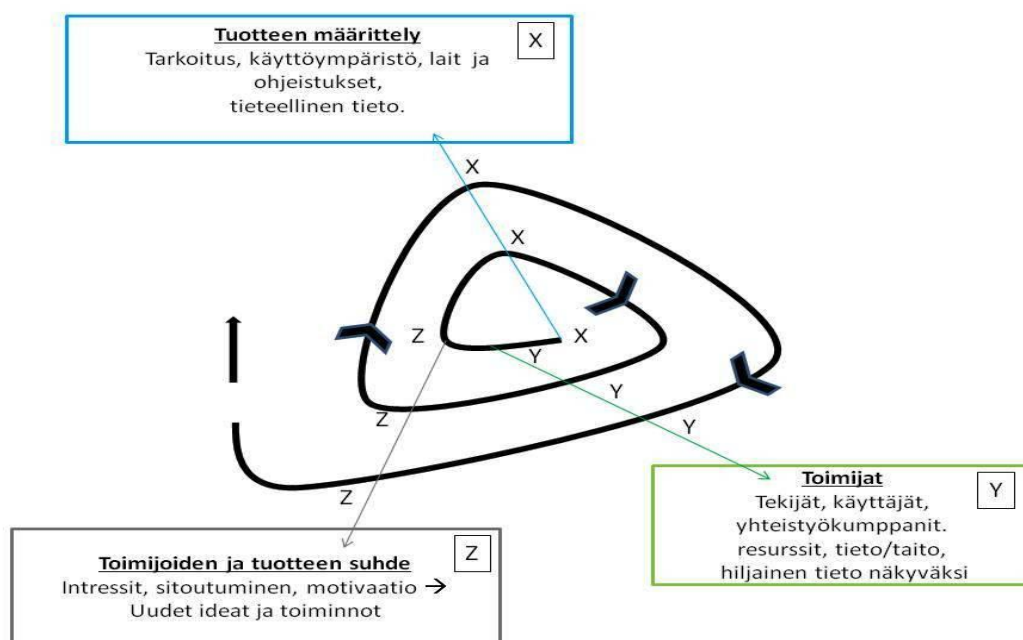
Kivisaaren, Kortelaisen ja Saranummen tutkimuksessa juurruttamisen menetelmän käyttöönotto on edellyttänyt teoreettista työtä, jonka kautta on tarjottu käsitteellinen malli tutkittavasta ilmiöstä ja toiminnan näkökulmasta. Teoreettista näkemystä on juurruttamisen edellyttämän vuorovaikutuksellisuuden nimissä testattu empiirisesti, joten keskeisenä tekijänä on prosessin jokaisessa vaiheessa ollut käytännön toimijoiden aktivointi. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 2.) Juurruttamisen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa, joka perustuu kahden tiedon lajiin ja niiden käsittelyn kierroksiin. Näitä tiedon lajeja kuvataan käsittein hiltainen, toiminnassa esiintyvä tieto (knowledge in practice) ja eksplisiittinen, teoreettinen, tutkittu ja kirjoitettu tieto (Knowledge on practice). Näiden kahden tiedonlajin yhteisöllisenä kuvaamisen, vertaamisen ja yhdistämisen tuloksena syntyy uutta tietoa (Knowledge for practice) (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 15; Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 4.)

Kehittämispohjainen oppiminen eli LbD (Learning by Developing) kuvaa juurruttamisen oppimiskäsitystä. Sen lähtökohtana on käytännön toiminta ja kehittyminen. Kehittämispohjaista oppimista luodaan kehittämishankkeilla joiden avulla pyritään luomaan uusia toimintamalleja, innovaatioita, tietoa ja työkaluita työyhteisön aktiivisen osallistumisen keinoin. Olennaisena osana oppimisen ohella on toimintamallien impletointi. Impletointia pyritään edistämään henkilöstön sitouttamisella uudenlaiseen yhteiseen osaamiseen ja toiminnan muutokseen. Yhteisen merkityksen ja ymmärryksen avulla todellinen muutos mahdollistuu (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 15.)

Yhteistoiminnallisuuden edellytyksenä on että toimijoilla on yhteinen visio. Toimijoiden keskinäinen luottamus ja kunnioitus ovat lähtökohtana yhteiselle toiminnalle. Toimijoiden tulisi selvittää muiden osapuolten odotukset, tarpeet ja visiot. Tämä lisää ymmärrystä ja luo pohjan yhteiselle ongelman määrittelylle. Yhteisen vision toteutuminen ja sen kautta omien tavoitteiden saavuttamisen edistyminen kasvattaa myös sitoutuneisuutta (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 13.) Puhuttaessa kumppanuudesta, keskeisiksi arvoiksi nousevat oppiminen ja kehittyminen ja toimijoiden välinen keskinäinen luottamus toistensa osaamiseen. Terveystieteiden kehittämissuunnitelmissa keskeiseksi tavoitteeksi nousee väestön terveyden edistäminen ja terveydenhuollon palvelujen kehittäminen alueella, johon kehittämishanke suuntautuu (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 16.)

Juuruttamisen prosessissa peruspilareina ovat muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus. Hyvällä johtamisella kehittämissuunnitelma aikataulutetaan ja resursoidaan niin, että työyhteisö kykenee edistämään kehitystyötä ja viemään sitä eteenpäin. Hyvä vuorovaikutus toimii keskeisenä työkaluna muutosprosessissa, jolloin sitoutuminen prosessiin lisääntyy ja vastarinta vähenee (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 25.)

Juuruttamisen menetelmää voidaan tarkastella spiraalimaisena kuviona (Kuvio 1.) Spiraalin keskiössä on kehittämisidean synty, joka etenee sen saattamisesta käyttöön. Juurruttamisprosessi ympäröivään yhteiskuntaan alkaa jo kehittämisvaiheesta. Spiraalin keskiössä tulee hahmottaa tuote, jolloin kaupalliset ja tekniset lähtökohdat usein korostuvat. Kahtena peruskriteerinä voidaan pitää teknistä edistyskäsitystä ja asiakkaan tarpeiden täyttämisen kykyä. Tarpeiden täyttäminen on haastava tekijä, koska se koskettaa usein monia tahoja, kuten toimijoita, toiminnan johtajia ja asiakkaita. Laadukkaan innovaation tulee vastata näiden kaikkien tarpeita ja soveltua ennen kaikkea käyttöympäristöön ja kulttuuriin. Innovaation laadukkuutta määrittää myös kansalaisten hyväksyntä ja sen normien mukaisuus. Terveystuon innovaatioita valvotaan tarkasti ja tämän vuoksi kehittäjien tulee turvautua yhteistyöhön asiantuntevien tahojen kanssa innovaation laadun takaamiseksi ja kaikkien laatuvaatimusten täyttämiseksi. Kehittämisen ja käyttöönoton välinen kommunikaatio sekä kokeilu ja käyttö tuottaa tietoa toimivuudesta, vaikuttavuudesta ja ympäristöön liittyvistä muutostarpeista. Alkuvaiheessa prosessia on tärkeää myös valita toimijat työstämään ideaa, on tehtävä roolijako ja selvitetävä kunkin toimijan intressi osallistua toteutukseen. Innovaation kehittäjien on välttämätöntä olla yhteistyössä käyttäjien, tilaajien ja päätösten tekijöiden välillä, jotta innovaation taataan vastaavan tarpeita ja soveltuvan käyttöympäristöön. Yhteistyötä on myös tehtävä yhteiskunnallisten toimijoiden kanssa, jotta innovaatio on hyväksyttävä ja sallittu. Yhteiskunnallisia toimijoita voivat olla mm. sääntelijät, ammatilliset eturyhmät, potilasjärjestöt ja media (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 8-9)



Kuvio 1. Juurruttamisen prosessin ydinkysymykset (Mukaiillen Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 7).

Spiraalin toisella kierroksella on jo hahmottunut jäsentyneempi käsitys toiminnasta. Tässä vaiheessa on jo tiedossa toimintaympäristö ja toiminnan sijoittuminen terveydenhuollon käytäntöihin. Prosessin tässä vaiheessa tulee selvittää toimijat, joita jatkokehittely vaatii ja haasteena ovat heidän sitouttamisensa projektiin (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 7.) Kehittämishankkeen osapuolten väliset suhteet ja intressit osallistua tulee myös tiedostaa. Usein kehityshankkeen toimijat vaativat selkeän roolin hankkeessa ja tietoutta siitä, kuinka se edistää heidän omia pyrkimyksiään ja tavoitteen saavuttamista. Mitä enemmän kehityshanke palvelee eri tason toimijoita, sitä motivoituneempia he ovat hankkeeseen osallistumaan. Koska eri toimijatahoilla on erilaiset arvot, innovaation kehittämä yritys pyrkii tuottamaan arvoa tuotteellaan sekä asiakkaille että omistajille. Tämä tapahtuu verkostoitumisen kautta, jolloin voidaan kääntyä ulkopuolisten asiantuntijoiden puoleen. Terveydenhuollossa taas noudatetaan hyvinvointipolitiikan linjauksia, joiden pohjalta pyritään eettisyyteen, hoidon hyvään laatuun ja kustannustehokkuuteen käyttäen teknologiaa välineenä tavoitteiden saavuttamisessa. (Kivisaari Kortelainen & Saranummi 1999, 11- 12.)

Kolmannen vaiheen aikana kehittyy tarve uusien toimijoiden asiantuntemuksesta, koska toiminta on muotoutunut entistä selvemmäksi. Toiminnalle on myös tarve saada kehittämistyöhön liittyvien asiantuntijatahojen hyväksyntä. Tässä vaiheessa tulee kartoittaa aiemmin kehittämisessä mukana olleiden asiantuntijoiden tarpeellisuus. Toimintaverkosto muokkautuu kehittämistyön etenemisen mukaan, ja oikeiden asiantuntijatahojen löytäminen ja sitouttaminen vaatii oman työpanoksensa. Toimijat tulee jäsentää sen mukaan, kuinka paljon toimijoilla on intressiä innovaation tuloksellisuuteen nähden ja kuinka paljon valtaa heillä on innovaation onnistumisen kannalta. Tämän jaottelun avulla saadaan määriteltyä viitekehys, joka helpottaa toimijaverkoston luomista ja avaintoimijoiden tunnistamista. Kivisaari ym. ovat nimenneet toimijat viitekehysten pohjalta osallisiin, pelaajiin, pelisääntöjen muokkaajiin ja ulkopuolisiin. Toimittaessa julkisella sektorilla tulee huomioida myös julkisen palvelun osalliset esim. potilaat tai heidän perheensä, vaikka he eivät voi sinällään kehittämishankkeeseen suoranaisesti vaikuttaa. Mahdollista on kuitenkin valtauttamisen kautta osallistaa asiakkaita kehittämisprosesseihin (Kivisaari Kortelainen & Saranummi 1999, 11.)

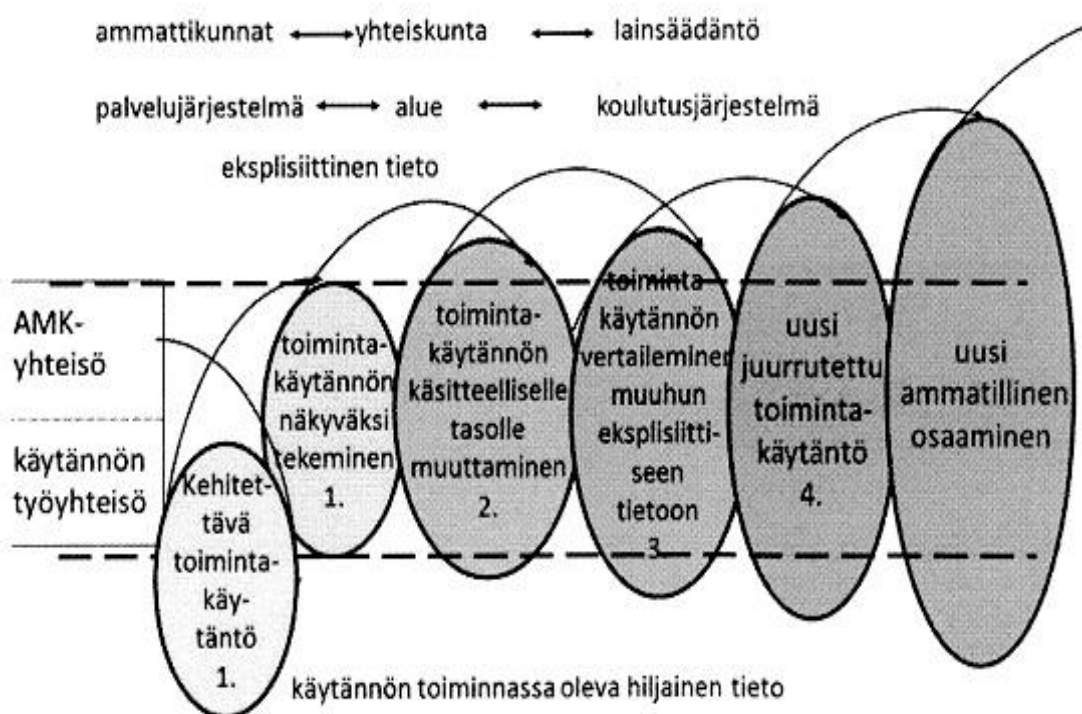
Mitä pidemmälle kehitystyö etenee sen todennäköisemmin muodostuu ajallisia muutoksia. Ajallisille muutoksille ovat alttiita sekä ympäristö että avaintekijät. Viitekehysten merkitys on suuri siinä suhteessa, että uusia toimijoita voidaan valtauttaa ja vanhoja syrjäyttää, kun kehitystyö muokkaantuu prosessin edetessä. Muuttuvassa prosessissa on tärkeää luoda ja tunnistaa henkilöiden välinen verkosto, jolloin avainhenkilöiden tunnistaminen ja ympäristön tarkkaileminen ovat jatkuvia prosesseja. Usein jäsenten välillä saattaa ilmetä ristiriitaisuuksia ja ne voivat olla sisäisesti jakautuneita sen sijaan, että pyrittäisiin yhteiseen päämäärään. Tämä johtaa haasteeseen avainorganisaatioiden tunnistamisessa, ja niiden sisällä oikeiden

henkilöiden tunnistamiseen, joiden puoleen on edullista kääntyä yhteiseen päämäärään pyrkimiseksi (Kivisaari Kortelainen & Saranummi 1999, 11.)

Kierrosten lukumäärä riippuu kehitysprosessista. Spiraalimalli kuvastaa hyvin juurruttamisprosessia, joka on toiminnankehittelyä prosessin eri vaiheissa, kun ydinkysymyksiin haetaan projektin edetessä uusia ja ajanmukaisia ratkaisuja ja toimintamuotoja. Ydinkysymykset vaikuttavat aina toisiinsa, miten toiminta määritellään, riippuu millaisia toimijoita sen kehittämiseen tarvitaan ja ketkä osallistuvat kehittämiseen. Tämä vaikuttaa toimijoiden keskinäisiin suhteisiin ja prosessin etenemiseen. Spiraalimallia voidaan verrata monivaiheiseen oppimisen kehään. Se on kykyä hyödyntää prosessin aikana syntynyttä tietoa ja ymmärrystä, joka liittyy ympäristöön ja kehitteillä olevaan innovaatioon. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 7-8)

Syntyneen tiedon arvioinnin pohjalta voidaan myös täsmentää tavoitteita ja keinoja päämäärään pyrkimiseksi. Prosessin eri vaiheet sisältävät ydinkysymykset, joita käydään läpi uudelleen ja uudelleen prosessin etenemisen aikana. Ydinkysymykset koskevat tuote- ja palvelukonseptin määrittelyä, toimijoiden valintaa ja prosessiin osallistuvien suhteiden määrittelyä. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 7) Toimintamallien käyttö hoitotyössä yhtenäistää potilaiden saamaa hoitoa, hoitotyön käytäntöjä ja päätöksentekoa. Niiden käyttö mahdollistaa moniammatillisen työyhteisön ja yhtenäistää työyhteisöä. Tulee kuitenkin huomioida, että välttämättä valmiit toimintamallit eivät sovellu sinällään työyhteisön käyttöön, vaan niitä on muokattava työyhteisön yksilöllisyyttä vastaavaksi. Toimintamallin soveltamisessa työelämään jälleen merkittävään asemaan nousee johtaminen ja koulutus (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 120.)

Juuruttamisen menetelmää voidaan kuvata myös useamman kehittämiskierroksen prosessina. Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies esittävät kirjassaan Nonakan & Takeuchin juurruttamisessa muodostuvat tiedon käsittelyn kierrokset (Kuvio 2.) Lähtökohtana on kohteen määrittäminen ja sen merkityksellisyys työyhteisölle. Kohde pyritään sanallisesti kuvaamaan mahdollisimman tarkasti (1.kierros) ja nykyinen toiminta muokkaamaan käsitteelliseksi (2.kierros) Käsitteellisyys kuvaa tällöin työyhteisön ns. hiljaisen tiedon käsiteltävästä asiasta. Tämän jälkeen teoreettista ja tutkittua tietoa verrataan käsitteelliseen käytännön tietoon (3. kierros). Tämän yhtälön avulla muodostetaan uutta toimintatapaa työyhteisön toimintaan (4. kierros). Mahdollisesti samassa kehittämissyklissä tarvitaan vaihtoehtoisten ratkaisujen löytämistä. Tällöin määritetään uudelleen muutosten perustelut ja haetaan systemaattisesti uutta teorian tietoa, jolla muokataan uutta toimintatapaa työyhteisöön. Kun toiminta on juurtunut osaksi toimintatapoja, on muodostunut uutta ammatillista osaamista (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 22- 23.)



Kuvio 2. Tiedon käsittelyn kierrokset juurruttamisessa (Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company)

Uuden toimintatavan kehittämisen tulisi vastata työyhteisön tarpeiden ja näkökulmien kautta esiin nousseihin asioihin. Jo pienetkin hyödyt ja tulokset kehittämisestä antavat motivaatiota uuden toimintatavan kehittämisessä. Uuden toimintamallin myötä esiintyy aina uusia muutostarpeita joihin tulisi reagoida. Mikäli kehittämistyö ja toimintatapojen uudistaminen ei onnistuisi, tulisi kuitenkin aina arvioida prosessia ja tätä kautta löytää uusia kehittymisen menetelmiä työyhteisöissä. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 26.)

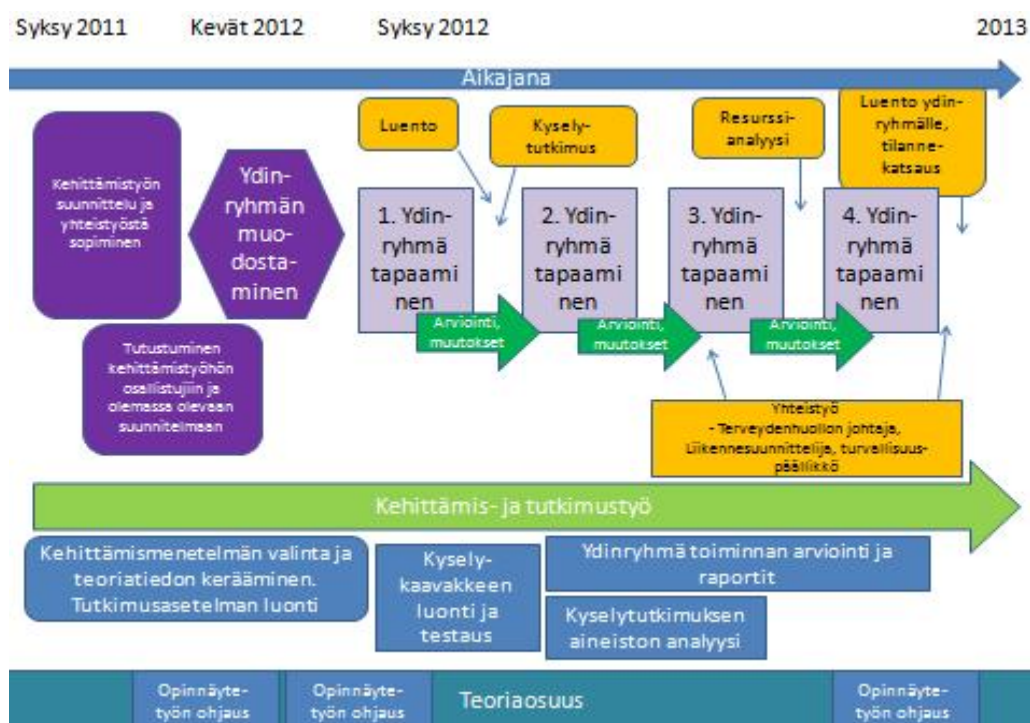
6 Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toimintasuunnitelman kehittäminen ja kehittämistyön kuvaus

Kerava on Keski-Uudellamaalla oleva n. 35 000 asukkaan kaupunki. Keravan väestörakenne painottuu työikäisiin, joita on koko väestöstä n. 70 %. Alueen erityispiirteitä ovat monimuotoiset liikenneyhteydet sekä teollisuus. Keravan perusterveydenhuolto ja päivystys on järjestetty kunnan järjestämässä terveyskeskuksessa sekä yöllä, kello 22 jälkeen, ostopalveluna Vantaan kaupungilta ja yksityiseltä terveydenhuollon tuottajalta. Yöpäivystys toimii yhteispäivystyksenä Peijaksen sairaalan tiloissa Vantaalla. Erikoissairaanhoito on järjestetty kuntayhtymänä Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) toimesta (Kerava kaupunki 2013) Kunnalla on lain mukainen valmiussuunnitelma, johon kuuluu yhtenä sektorisuunnitel-

mana sosiaali- ja terveystoimen valmiussuunnitelma. Tämä kehittämistyö keskittyy sosiaali- ja terveystoimen avoterveydenhuollon yksikön (terveyskeskus) kriisitilanteiden toiminnan kehittämiseen.

Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toiminnansuunnittelu alkoi elokuussa 2011, jolloin terveydenhuollon johtaja Minna Helenius kuuli alkaneesta koulutuksestani ja otti yhteyttä tarjoten tilaisuutta kehittää terveyskeskuksen valmiussuunnitelmaa. Taustalla olivat terveyskeskuksen henkilökunnan toiveet toiminnan kehittämistä sekä uusi terveydenhuoltolaki (1653/2010), joka määrittää valmiuden kehittämisen terveydenhuoltoyksiköissä (Terveydenhuoltolaki 2010.) Tähän saakka terveystoimen valmiussuunnitelmaa ja lääkinnällistä pelastustoimen ohjeistusta oli päivittänyt ja muokannut toimistos sihteeri Arja Rantanen yksinään. Vaikka hän ansiokkaasti oli tuottanut päivitetyn valmius- ja toimintaohjeistuksen terveyskeskukselle, tuli yhteisissä tutustumiskeskusteluissa keväällä 2012 esiin, että suunnitelman tekijän ja terveyskeskuksen henkilökunnan mielestä valmiussuunnitelma ei ollut riittävä.

Kaaviossa 3 kuvataan kehittämistyön eteneminen vuoden 2011- 2012 osalta. Kaaviossa pyritään selkeyttämään eri kehittämistoimintojen ajoittuminen aikajanassa sekä kehittämistyön toimintojen (lila ja keltainen väri) että opiskeluun liittyvän (sininen väri) teoriaosuuden kohdalla. Kehittämistyön muutoskohtia ja etenemistä kuvataan vihreällä värillä.



Kuvio 3. Kehittämistyön eteneminen 2011- 2012 kaavio (Mukaillen Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partanen 2012, 70).

Syyskuussa 2011 pidetyssä tapaamisessa kävimme terveydenhuollon johtajan kanssa läpi Kera-
van terveystoimen toiveet, odotukset sekä jo olemassa olevan suunnitelman sisällön. Samalla
esittelin Laurean kriisi- ja erityistilanteiden johtamiskoulutuksen (YAMK) opintosuunnitelman
ja opintojen tavoitteet. Vaikka tässä vaiheessa ei vielä kehitystyön menetelmää ollut päätet-
ty, muodostui tämä tapaaminen juurruttamisen kehittämisen vaiheessa muutosten merkityk-
sen löytämiseksi ja työelämän ja ammattikorkeakoulun välisen yhteistyön kehittämiseen.
Muutosten käynnistävä tekijä tuli sekä organisaation ulkopuolelta (lakimuutos ja Laurean kou-
lutus) että sisäpuolelta nousevasta tarpeesta (terveydenhuollon johtajan ja terveyskeskuksen
henkilökunnan kokemus kehittämistarpeesta). Näiden esitettyjen asioiden pohjalta muodostui
kehittämistyön tavoite ja päämäärä. Päämääräksi tuli valmiussuunnitelmassa jo kirjattujen
toimintojen uudenaikaistaminen, uusien käytäntöjen luominen sekä suunnitelman ja toimin-
nan kehittämisen jatkuvuuden turvaaminen. Tarkoituksena oli kehittää terveyskeskuksen toi-
minnallista kykyä kriisitilanteissa. Painopiste suunnitelmassa oli toiminnan kehittäminen ter-
veyskeskuksen ulkopuolella sattuvaan tapahtumaan joka ei suoranaisesti uhkaa terveyskeskuk-
sen henkilöstöä. Tällöin valmiussuunnitelmassa olevat pandemia- ja palo- ja pelastussuunni-
telmat jäivät rajauksen ulkopuolelle.

Tapaamisessa jätin anomuksen toimintalupaa varten. Toimilupa-anomus piti sisällään materi-
aalin käyttöoikeuden, oikeuden muutosten tekemiseen sekä oikeuden julkaista julkisen tiedon
osalta tarvittava aineisto. Materiaalin käyttöoikeus tuli anoa valmiussuunnitelman rajatun
käyttöoikeuden vuoksi. Keravan terveydenhuollon johtaja myönsi toimintaluvan ja materiaalin
käyttöoikeuden 23.9.2011. Tarvittavat valmiussuunnitelmat ja ohjeistukset sain toimistosih-
teeriltä sähköpostitse myöhemmin seuraavalla viikolla.

Voimassa olevan valmiussuunnitelman läpikäyminen alkoi 11.10.2011, jolloin perehdyin kun-
nan riski- ja resurssianalyysiin sekä terveydenhuollon valmiussuunnitelman erityispiirteisiin.
Suunnitelmassa kävin läpi rakennetta, toimintasuunnitelmia sekä riskianalyysin tuloksia. Tämä
oli perusteltua jotta kykenin ennen ongelmien kartoitusta luomaan oman näkemyksen suunni-
telman ongelmista sekä suunnitella kehittämissuunnitelmia. Valmiussuunnitelmaan perehtymi-
nen aloitti juurruttamisen 2. kierroksen, jolloin käsitys nykytilanteesta ja sen kuvaamisesta
alkoi. Toisen kierroksen hiljaisen tiedon esiin saamiseksi käytin myöhemmin esiteltävää kyse-
lytutkimusta. Kehitettävän kohteen tuntemisella pyrin osoittamaan kehittämistoimintaan si-
toutumisesta ja näin ollen auttamaan kehittämistyön johtamisessa (Sarajarvi, Mattila & Reko-
la 2011, 106.) Valmiussuunnitelman riskianalyysi toimi myöhemmässä vaiheessa apuna myös
kyselyn tulosten analysoimisessa. Valmiussuunnitelman lisäksi teoretiedon kerääminen ai-
heesta ja siihen perehtyminen alkoi. Lisäksi toimintaa tukivat Laurea YAMK- lähiovetuspäivät.

Tammikuussa 2012 esittelin opinnäytetyön ja kehittämistyön suunnitelman Laureassa, jolloin
pohdittiin kehittämistyölle sopivaa menetelmää ja teoreettista viitekehystä. Tiedossa oli täl-

löin organisaation koko ja toiminta, jo olemassa oleva suunnitelman rakenne ja toiminta sekä tilaajan toiveet uudistamisesta. Kehittämistyön menetelmäksi valikoitui luonnollisesti juurruttamisen menetelmä, sillä kyseinen menetelmä sopii erittäin hyvin työelämän käytännön kehittämiseen ja uusien toimintamallien muodostamiseen. Valintaan vaikutti myös opiskelupaikka, sillä juurruttamisen menetelmän kehittäminen on ollut hyvin voimakasta Laurea-ammattikorkeakoulussa. Juurruttamisen oppimiskäsitys on johdettu kehittämispohjaisesta oppimisesta, jonka rakenne keskittyy työyhteisölähtöisesti käytännön toiminnan kehittämiseen. Se vaikutti myös ydinryhmätoiminnan valitsemiseen kehittämistyössä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012.)

Esittelin kehittämistyön suunnitelman Keravan terveyskeskuksen osastonhoitaja Anita Putkoselle 31.1.2012. Tärkeimpänä tavoitteena tuossa tapaamisessa oli motivoida, informoida ja kannustaa hoitotyön esimiestä ja näin edesauttaa sitoutumista kehitystyöhön. Esimiehen rooli yhtenä alkuvaiheen avainhenkilönä on merkittävä. Esimiehen vahva sitoutuminen ja napakkuus edesauttavat prosessin läpiviemisessä tavoitteiden mukaisesti. (Ora-Hyytiäinen 2006, 14; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 106.) Esille nousi tällöin myös ydinryhmän perustaminen. Osastonhoitajan johdolla terveyskeskuksen henkilökunnasta muodostettiin ydinryhmä. Ryhmään osallistuminen perustui halukkuuteen ja kiinnostuneisuuteen. Ydinryhmän kokoonpanossa tavoiteltiin moniammatillista ja motivoitunutta henkilökuntaa, jonka kiinnostuksena olisi kehittää terveyskeskuksen kriisivalmiutta. Ydinryhmään osallistuvat olisivat avainhenkilöitä tulevan suunnitelman impletoinnissa. Ryhmän koko rajattiin alle kymmeneen henkilöön ja lopulliseen ydinryhmään osallistui kahdeksan henkilöä. Ammattikunnittain jaettuna ydinryhmän rakenne koostui kahden lääkärin, neljän sairaanhoitajan, osastonhoitajan ja toimistosihteerin moniammatillisesta tiimistä. Ydinryhmä toimintaa suunniteltiin vahvistettavan ulkopuolisilla asiantuntijoilla aina tarpeen mukaan. Koska terveydenhuollon innovaatioita valvotaan tarkasti, on tärkeää turvautua yhteistyöhön asiantuntevien tahojen kanssa. Tällöin varmistetaan kehittämistyön laadun varmistaminen. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 8-9.) (Ydinryhmän muodostamisesta ja toiminnasta lisää kappaleessa 5.3)

Ydinryhmä perustettiin ja siihen nimetyt henkilöt vahvistettiin 12.3.2012. Lähestyin sähköpostilla ydinryhmäläisiä vielä maaliskuussa esitellen itseni ja omat ehdotukseni toiminnan kehittämiseen sekä pyysin ydinryhmäläisten ajatuksia kehittämistyöstä. Toukokuussa tapasin lisäksi osastonhoitajan ja kolme ydinryhmäläistä epävirallisesti keskustellen. Keväällä Keravan terveyskeskuksessa toteutettiin kaksi hyvin suurta kehittämisprojektia, joten päätimme terveydenhuollon johtajan ja osastonhoitajan yhteispäätöksellä siirtää kriisivalmiussuunnitelman aloitusta syksyille 2012. Tämä oli perusteltua, koska muutosprosessi on aina haaste työyhteisölle, ja pysyvään muutokseen tulee antaa aikaa ja resurssit tulevat jakaa niin, että kehittämisprosessi etenee (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012, 24).

Toukokuun lopulla (25.5) Laureassa pidettiin opinnäytetyön suunnitelman palautus, tällöin kehittämismenetelmäksi oli varmentunut juurruttaminen. Suunnitelmaan lisättiin kyselytutkimus hiljaisen tiedon esiin tuomiseksi, ja sen perustana oli ammattitaidon ja kokemuksen kartoitus kriisitilanteissa. Kesän 2012 aikana työ eteni menetelmän periaatteisiin ja teorian toteuttamiseen perehtyen. Elokuussa 2012 kyselykaavake hyväksyttiin Laureassa. Kyselyn validiteetin ja toimivuuden parantamiseksi, se esiteltiin Raision terveyskeskuksen hoitajien sekä Meilahden päivystyspoliklinikalla toimineiden sairaanhoitajien avulla. Lisää kyselytutkimuksesta ja tuloksista kappaleessa 6.2 "Hiljainen tieto eksplisiittiseksi, kyselytutkimuksen tulokset ja analyysi."

Elokuun 27. päivä 2012 järjestettiin ensimmäinen ydinryhmätapaaminen (YR 1). Aiheena olivat osallistujien ja aiheen esittely, aikataulu ja ideointi. Osallistujia oli paikalla 6/8 henkilöä, joten osallistumisprosentti oli 75. Tapaaminen oli järjestetty Keravan terveyskeskuksen neuvottelutiloihin ja henkilökohtaisesti vastasin tapaamisen kulun johtamisesta ja asioiden kirjaamisesta. Ensimmäisessä tapaamisessa käytiin läpi ydinryhmään kuuluvien henkilöiden esittelyt ja taustat. Käsiteltiin kehittämistyön tavoitteet ja tarkoitus sekä menetelmän perusperiaatteet. Tarkoituksena oli kehittämistyön merkityksen muodostaminen ydinryhmälle. Ydinryhmäläisten ideat, toiveet ja ajatukset herättivät runsaasti keskustelua ja niiden avulla muokattiin tulevien tapaamisten runkoa. Tutustuimme toisiimme ja pyrim luomaan heti avoimen ja luottamuksellisen vuorovaikutuksen, mikä on kehittämisessä keskeinen työkalu ja onnistumisen edellytys.

Toiminta aikataulutettiin yleisesti, jolloin turvattiin heti alussa säännölliset tapaamiset ja kehittämistyön muodostamien tehtävien valmistuminen ennalta määrättyinä päivinä. Syksyn aikataulu sovittiin Keravan henkilökunnan toimintaa ja resurssitarpeita ajatellen. Tarkoituksena oli pitää kehittämistyön aiheuttama kuormitus mahdollisimman pienenä ja näin auttaa tehtävään sitoutumisessa ja kehittämistyössä jaksamisessa. Tarvittavat tila ja materiaalivaraukset merkittiin ja näiden hoitamiseen valtuutettiin osastonhoitaja. Tällöin käytännön toimivaltasuhteet säilyivät ja osastonhoitajan rooli ydinryhmässä hieman korostui. Tämä oli merkityksellistä koko kehittämistyön jatkuvuuden kannalta (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partamies 2012, 23- 25.) Tapaamisen lopulla annettiin tehtäväksi miettiä seuraavan ydinryhmätapaamisen aihetta ja sitä miten suunnitelman teko toteutetaan osa-alueittain. Ryhmätapaamisten jälkeen kokosin tiivistetyn raportin, joka sisälsi osallistuneet henkilöt, tapaamisen aiheet sekä päätökset (liite 3). Raportti lähetettiin kaikille ydinryhmäläisille. Tämä toimi sekä muistilistana suunnittelussa että dokumenttina ydinryhmätapaamisista.

Kehittämistehtävään sitouttamisen ja tiedon lisäämiseksi järjestin motivaatioluennon 20.9.2012. Luennon tarkoituksena oli tietoa lisäämällä vaikuttaa myönteisesti muutosprosessiin. Tiedon merkitys motivaattorina ja ymmärryksen lisäämisessä kehittämisessä on suuri.

Tiedon avulla pyrin selkeyttämään sitä, mihin kehittämällä pyritään, ja miten tiedon vaikutus näkyy toimintakäytännöissä ja vaikuttavuudessa. Tämän myötä on mahdollista keskittyä tämän kehittämistyön ydinasian eli toiminnan kehittämiseen. Usein apuna kehittämisessä ovatkin käytännön työllä saavutetut tulokset, tutkimustulosten lisäksi. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 101.) Ahonen ym. kiteyttää kirjassaan kehittämishankkeen onnistumisesta seuraavasti, kehittämishankkeen onnistumiseen ja muutoksen pysyvyyteen vaikuttaa ymmärrys. Muutos hoitotyön toiminnoissa ei toteudu pelkästään sen toimintojen määräämisellä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 179.) Luennon tarkempi kuvaus kappaleessa 5.1 motivointi ja sitouttaminen.

Syyskuun 28. päivä 2012 aloitettiin kyselytutkimus Keravan terveyskeskuksen henkilökunnalle. Tutkimuksen aloituksesta oli tiedotettu motivaatioluennolla sekä edellisellä viikolla sähköpostitse. Kyselytutkimus toteutettiin jaettavilla kyselylomakkeilla, jotta henkilökunnan sähköpostia ei kuormitettaisi liikaa. Sähköpostin käyttö olisi saattanut aiheuttaa vastausten vähäisen määrän. Kyselylomakkeet jaettiin terveyskeskuksessa osastonhoitajan toimesta jokaisen henkilön henkilökohtaiseen postilaatikkoon. Kyselylomakkeista tiedotettiin vielä sähköpostilla ja tarvittaessa uuden kaavakkeen saaminen mahdollistettiin osastonhoitajalta. Kyselytutkimuksen aikana muistutettiin kaksi kertaa henkilökuntaa kyselyyn vastaamisesta. Vastausaika päättyi 12.10.2012. Koko tutkimuksen onnistumisessa osastonhoitajan rooli oli erittäin tärkeä. Kyselytutkimuksen tulokset ja analyysi kuvataan kappaleessa 5.2 hiljainen tieto eksplisiittiseksi, kyselyn analyysi ja tulokset.

Lokakuun 3. päivä 2012 järjestettiin ydinryhmän tapaaminen (YR 2). Aiheena olivat valmiussuunnitelman osiin pilkkominen, hälytysjärjestelmän läpi käyminen ja kehittäminen. Osallistujia oli paikalla 5/8 henkilöä, joten osallistumisprosentti oli 62,5. Ryhmän tehtävänä oli pilkkoa kriisitilanne eri osa-alueisiin. Erittelyssä käytettiin sekä WHO:n 2011 että FEMA:n 1996 käyttämiä jaotteluita kriisinhallinnan eri osa-alueista, jotka kulkevat kronologisessa järjestyksessä oletetun kriisitilanteen alusta loppuun. Osa-alueita muodostui yhteensä viisi kappaletta, joista jokainen kuvasi kriisitilanteen eri vaiheita. Tarkennuksia osa-alueisiin saatiin myöhemmin kyselytutkimuksen perusteella ja niitä täydennettiin ydinryhmätapaamisessa.

Taulukko 1. Kehittämistyön osa-alueet ydinryhmä tapaamisissa.

Hälytyksen vastaanottaminen ja Hälyttäminen: hälyttäjien roolit, hälytysmekanismit
Resurssit: Tilojen käyttö, alueen eristäminen ja potilaiden ohjaus, Henkilökunta, henkilökunnan resurssit ja välineet
Yhteistyö- yhteistyökumppanit: Hus, Häätäkeskus, Keski- uudenmaan pelastuslaitos, Psykososiaalinen tukiryhmä. Yhteistyötoiminnan periaatteet ja käytännöt
Johto- johtaminen - toiminnan organisointi: johtosuhteet, resurssien jakaminen, tilanneku- van ylläpitäminen
Viestintä: viestintävälineet, media, sisäinen kommunikaation ja tiedon jakaminen

Osa-alueiden kartoittamisen jälkeen jouduimme aikataulun rajallisuuden vuoksi käsittelemään myös ensimmäisen osa- alueen nykytoiminnot ja kehittämistarpeet. Juurruttamisen syklissä tapaaminen muodostui prosessin nykytilan arvioimiseen ja uuden toimintatavan ideoimiseen Hälytysjärjestelmän uudelleen mukauttaminen vaati lisäselvittelyjä sekä laitepuolelta että yhteistyökumppaneilta. Tehtävät yksityiskohtaisten toimintojen osalta jaettiin ydinryhmässä ja tavoiteaikatauluksi määrättiin seuraava ydinryhmätapaaminen. Juurruttamisen näkökul- masta tehtävien jakautuminen osa- alueisiin muodosti juurruttamisen menetelmän monimuo- toiseksi. Jokainen osa-alue eteni juurruttamisen menetelmässä tiedon käsittelyn kierroksia eriaikaisesti. Esimerkiksi kun hälytysjärjestelmä oli jo uuden toiminnan arvioinnissa, oli re- surssien kartoitus vasta alkanut. Juurruttamisen sykliä voidaan myös kuvata työn kokonaisu- teen nähden, jolloin osa- alueiden summasta muodostuu koko kehittämistehtävän sykli ja työ- yhteisön oppimisprosessi. Osa- alueet siis harjaannuttivat koko kehittämistyön kehittämisen hallitsemisessa.

Marraskuun 5. päivä 2012 järjestettiin ydinryhmän tapaaminen (YR 3). Aiheena olivat kysely- tutkimuksen tulokset, hälytysjärjestelmän ongelmat ja ratkaisut, tilojen kartoitus ja tähän mennessä tehtyjen toimintojen suunnittelun tilanne ja muutokset. Osallistujia oli paikalla 7/8 henkilöä, jolloin osallistumisprosentti oli 87,5. Tapaamisessa esiteltiin kyselytutkimuksesta saatuja tuloksia. Tärkeäksi asiaksi nousi aikaisemman tapaamisen perusteella suunniteltujen muutosten uudelleen läpikäynti uuden informaation perusteella ja uuden toimintatavan arvi- ointi. Hälytysjärjestelmän kehittäminen siirtyi kehittämisprosessissa uudelle kierrokselle, jos- ta haettiin uuden tiedon avulla ratkaisua. Lisäksi hälytysjärjestelmän kehittämiseen rinnalle otettiin resurssianalyysi suunnitelma. Hälytysjärjestelmä toimii osana resursseja, sillä henkilö- kunnan saatavuus ja riittävyys kriisitilanteessa on merkittävä (Korhonen 2010, 22- 23; Sosiaa- li- ja terveystieteiden ministeriö 2002, 66.) Resurssien kartoitukseen valittiin henkilöt ja resurssisuun-

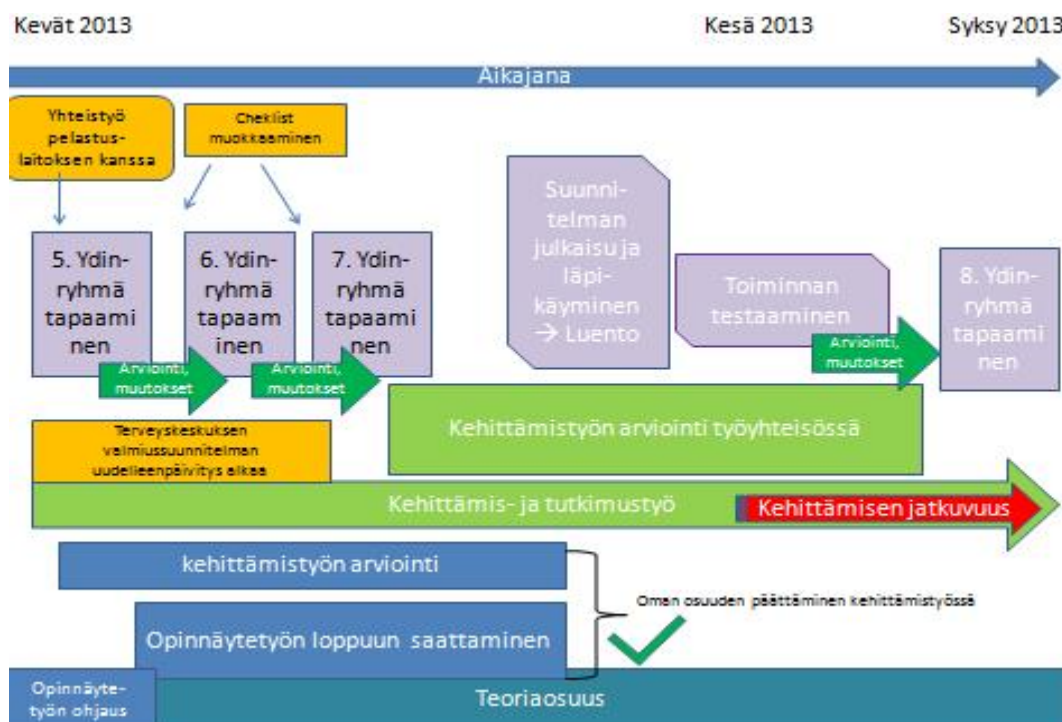
nitelman toteutukseen valittiin päivämäärä. Tarkoituksena oli saada tarkka käsitys käytettävistä välineistä ja tiloista.

Resurssit kartoitettiin ennalta suunnitellusti 15.11.2012. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen mukaan terveystieteiden resurssianalyyseissä kartoitetaan terveystieteiden tilat, toiminta ja mahdollisesti tehtävät muutokset erityis- ja poikkeustilanteissa. Tuloksia verrataan riskianalyyseihin ja valmiussuunnitelmaan kirjataan muutostarpeet erityis- ja poikkeustilanteissa. Lääkkeiden ja hoitotarvikkeiden saanti ja riittävyyden turvaaminen sekä elintärkeiden lääkintälaitteiden määritys ja huoltovarmuuden turvaaminen on tärkeää. Suunnitelmassa tulee ilmetä myös mistä, miten ja kuinka paljon henkilökuntaa on mahdollista lisätä ja miten henkilökuntaa voidaan siirtää tehtävistä toisiin. (Korhonen 2010; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 66-69; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 15.) Kartoituksessa huomioitiin käytettävä välineistö ja henkilökunta sekä merkittiin karttapohjalle käyttöön otettavat tilat ja karttapohja liitettiin osaksi valmiussuunnitelmaa. Tilasuunnitteluun kuului myös olennaisena osana terveystieteiden pihan liikennesuunnittelu.

Joulukuun 3. päivä 2012 järjestettiin neljäs ydinryhmä tapaaminen (YR 4). Aiheena olivat tilannekatsaus suunnittelussa ja tähän mennessä tehtyjen toimintojen suunnittelun tilanne ja muutokset. Osallistujia 6/8 henkilöä, osallistumisprosentti oli 75. Neljännessä tapaamisessa pidettiin lyhyen luennon yhteenvetona tähän saakka tehdyistä muutoksista ja suunnitelman jatkuvuudesta. Tarkoituksena oli muutosprosessin aikana motivoinnin ylläpitäminen ja näin ollen kehityksen jatkuvuuden turvaaminen (Sarajarvi, Mattila Rekola 2011, 104). Samalla selkeytettiin kehityksen edistyminen ja tulossa olevat osa-alueet. Tapaamisessa käsiteltiin uuden hälytysjärjestelmän toiminta ja sen hyväksyminen sekä tilojen käyttösuunnitelman ja liikenneohjauksen suunnitelman esittely. Hälytysjärjestelmä kokonaisuudessaan esiteltiin Keravan kaupungin turvallisuuspäällikkö Jarmo Leskiselälle 8.12.2012 ja liikennesuunnitelma 10.12.2012 liikennesuunnittelijalle Jari Sillforsille. Liikennesuunnittelun osalta muutosehdotukset hylättiin toimimattomuuden kannalta. Tehtäväksi jäi siis uuden keinon löytäminen. Ydinryhmä jäi joulutauolle.

Vuoden 2013 ensimmäinen ja samalla kokonaisuudessaan viides ydinryhmätapaaminen oli 14.1.2013 (YR 5). Aiheena olivat yhteistyö ja yhteistyökumppaneiden kanssa toimiminen ja tähän mennessä tehtyjen toimintojen suunnittelun tilanne ja muutokset. Osallistujia oli paikalla 8/8 henkilöä, jolloin osallistumisprosentti oli 100. Järjestettiin keski-uudenmaan pelastuslaitoksen valmiuspäällikkö (viransijainen) Heikki Kankaan luennoimaan valmiussuunnittelusta, johtamisesta, yhteistoiminnasta ja valmiudesta keski-uudellamaalla. Luennon tarkoituksena oli lähentää kahden organisaation välistä yhteistyötä ja saada uutta näkökulmaa toiminnasta kriisitilanteesta. Samalla oli tarkoitus herättää ajatuksia seuraavan tapaamisen aiheeseen liittyen, jossa käsiteltäisiin johtamisen ja toiminnan välistä suhdetta. Luennon mate-

riaali lähetettiin sähköpostitse ydinryhmäläisille. Tarkoituksena oli myös saada psykososiaalisen tuen johtaja kertomaan toiminnasta, mutta luento jouduttiin perumaan. Tapaamisen lopuksi kävimme uudet ideat liikennesuunnittelussa ja päätös aikaisemman liikennesuunnitelman hylkäämisestä tehtiin sen vaatiman runsaan resurssien tarpeen vuoksi. Samalla resurssien toiminnan kartoitus siirtyi uudelle juurruttamisen kierrokselle ja tarkoituksena oli selvittää ja tarkentaa käytettävien resurssien toimivuus ja määrä. Tapaamisessa käsiteltiin myös tulevat toiminnot vuoden 2013 aikana.



Kuvio 4. Kehittämistyön eteneminen 2013 kaavio. Mukailten (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partanen 2012, 70.)

Koska suunnitelma tulee muokata kokonaisuudessaan kirjallisesti oikeaan muotoon ja jakaa se tarvittaville viranomaisille, järjestin 25.1.2013 osastonsihteerin Arja Rantasen kanssa tapaaminen, jossa kävimme läpi suunnitelman kokoamisen aikataulu ja menetelmät. Suunnitelma siirrettiin vanhalle pohjalle, jolloin sen ulkoasu säilyy Keravan kaupungin suunnitelmien kanssa yhdenmukaisena. Suunnitelman puhtaaksikirjoittaminen ja muokkaaminen jäi toimistosihteerille. Tarkistuslistan muokkaaminen aloitettiin WHO:n tekemän ohjeistuksen pohjalta. Tarkistuslistaan laitettiin pääkohdat WHO:n ohjeistuksesta sekä lisättiin Keravan terveyskeskuksen toimintaan jo suunniteltuja toimintoja. Terveyskeskuksen sisäiseen verkkoon kehittämissuunnitelmaan lisättiin hahmotelma tarkistuslistasta ja toimintasuunnitelmasta johon jokainen ydinryhmäläinen käy kommentoimassa omia ideoitaan sekä suunnitelman että tarkistuslistan rakenteesta ja sisällöstä.

Seuraava ydinryhmätapaaminen järjestettiin 11.2.2013 (YR 6). Aiheena olivat Tarkistuslistan muodostaminen, suunnitelman muokkaaminen, tilanteen johtaminen, tähän mennessä tehtyjen toimintojen suunnittelun tilanne ja muutokset. Osallistujia oli paikalla 8/8 henkilöä, joten osallistumisprosentti oli 100. Suunnitelman muokkaaminen alkoi ja ideoita kerättiin yhteen. Kommentoinnit jatkuivat maaliskuun tapaamiseen saakka, jolloin suunnitelman varsinainen muokaus jatkui. Toimintojen läpikäyminen jatkui ja suunnitteluun otettiin erilaisia harjoitusvaihtoehtoja, joita tulevaisuudessa voidaan hyödyntää. Harjoituksen pitämistä yleisessä kaupungin kriisiharjoituksessa suunniteltiin. Oma roolini ydinryhmän vetäjänä oli väistymässä joten kehittämistyön jatkuvuuden turvaamiseksi seuraajan valinta toiminnan vetäjäksi esitettiin seuraavan ydinryhmätapaamisen tehtäväksi. Valmiin suunnitelman esittely- ja informointi tilaisuuden ajat sovittiin pidettäväksi huhtikuussa päivystyksen henkilökunnalle ja toukokuussa terveyskeskuksen henkilökunnalle, yhteistyökumppaneille ja kaikille aiheesta kiinnostuneille.

Ydinryhmätapaaminen järjestettiin 18.3.2013 (YR7). Aiheena olivat suunnitelman kokoaminen ja tarkistuslistan rakenne ehdotukset, työn jatkuvuus ja yhteistyön päättäminen. Osallistujia oli paikalla 8/8, joten osallistumisprosentti oli 100. Suunnitelmaa kirjattiin yhteisten ehdotusten pohjalta. Koko suunnitelman toimivuutta arvioitiin ja uusia kehittämiskohtia suunniteltiin. Ydinryhmän toiminta tapahtui ylilääkärin johdolla ja se teki itsenäiset suunnitelmat toiminnan jatkumisesta. Tarkistuslistan valmistumisen aikataulu ajoittui huhtikuun loppuun. Yhteinen kuva suunnitelmasta ja toiminnoista oli selkeästi muodostunut. Toiminnan harjoittelu ja sen suunnittelu painottui tuleville ydinryhmätapaamisille. Tämän kehittämistyön vetäjä sitoutui toimimaan konsultointi apuna ongelmia tilanteissa sekä toukokuussa 2013 pitämään luennon tehdyistä muutoksista ja toiminnan jatkuvuuden näkökulmasta koko terveyskeskuksen henkilökunnalle.

6.1 Motivointi ja sitouttaminen

Muutosprosessi perustuu tietoon, ja sen tarkoituksena on kehittää toimintaa ja parantaa laatua. Tiedon merkitys motivaattorina ja ymmärryksen lisäämisessä on suuri muutosta suunniteltaessa ja toteutettaessa. Tiedon avulla selkiytetään sitä, mihin kehittämisellä pyritään ja miten tiedon vaikutus näkyy toimintakäytännöissä ja toimintojen vaikuttavuudessa. Tämän myötä on mahdollista keskittyä kehittämistyön ydinasiaan. Usein apuna kehittämisessä ovatkin käytännön työllä saavutetut tulokset, tutkimustulosten lisäksi. (Sarajarvi, Mattila & Rekola 2011, 101.) Laki terveydenhuollosta määrittelee, että laadukkaan, turvallisen ja hyvän hoidon on perustuttava näyttöön sekä hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin (Terveys- ja hoitolaki 1653/2010, 8§).

Kehittämishankkeelle on asetettava tavoite, joka on usein hoitotyössä sen näkyvä muuttuminen toiminnassa, ei ainoastaan ajattelun tasolla. Kehittämishankkeen onnistumiseen ja muutoksen pysyvyyteen vaikuttaa ymmärrys. Muutos hoitotyön toiminnoissa ei toteudu pelkästään sen toimintojen määräämisellä. Sitoutumisen synnyttäminen vaatii työntekijöiden osallistumista ja motivaatiota, jotta muutos voi tapahtua. Kehittämistehtävässä on tärkeää asian yhteinen käsittely ja toimintatavoista sopiminen sitä koskevien tahojen kanssa. Merkittävää on myös halu ja tarve muuttaa toimintaa, jolloin muutostarve syntyy nykyisen toimintatapojen riittämättömyyden tajuamisen kautta. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2006, 17; Lehtomäki 2009, 59.)

Onnistuneen muutosprosessin on pohjaututtava siihen, että entisistä toimintatavoista luovutaan eli pois-opitaan. Poisoppiminen edellyttää organisaatiokulttuurin tuntemista ja tiedostamista eikä se ole vain uuden oppimista vaan luopumista arvoista, normeista ja uskomuksista. Muutokseen liittyy aina vastarinta, joka tulee tiedostaa. Poisoppiminen koetaan usein epämiellyttävänä ja ahdistavana prosessina, joten tärkeää muutoksen onnistumisen kannalta on tarjota vaihtoehtoisia toimintamalleja ja positiivista, toimivaa visiota (Lehtomäki 2009, 59.) Siksi muutosprosessin edellytyksiin kuuluu sitoutuminen ja hyvä johtaminen. Onnistumisen kannalta tärkeitä lähtökohtia ovat selkeät tavoitteet, viestintä ja koulutus. Sitoutuminen koskee koko henkilökuntaa ja sen osallistumista. Johtajien tulee myös sitoutua muutosprosessiin ja toimia esimerkillisesti sekä pitää yllä keskustelua henkilökunnan kanssa. (Sarajarvi, Mattila & Rekola 2011, 104)

Keravan terveyskeskuksen henkilöstölle järjestetyn luennon (liite 2.) perustarkoituksena oli valmiussuunnittelun teoreettisen tiedon ja käsitteiden ymmärtämisen lisäksi luoda havaintoesimerkkien (Nokian vesikriisin ja Kauhajoen kouluampumisen) kautta ymmärrys kriisivalmiussuunnitelman kehittämisen tärkeydestä. Tällöin henkilöstön sitoutuminen ja motivaatio suunnitelman tekemiseen ja kehittämiseen voidaan nähdä kasvavan. Luento rakentui kolmesta eri osa-alueesta ja kestoksi määräytyi kysymyksineen ja keskusteluineen 2,5 tuntia. Jaottelu rakentui keskusteluista Helsingin kaupungin työterveyspsykologi Hanna Valkosen kanssa. Yhteisesti päätettiin esittää teoreettisen tiedon ja kehittämistyön kuvauksen lisäksi todellisia tilanteita, johon kuulijoiden olisi helppo samaistua ja samalla tunteisiin vetoamalla herättää kiinnostusta aiheeseen. Jokelan koulusurmat jätettiin luennosta pois, sillä se olisi saattanut olla liian läheinen aihe Keravan terveyskeskuksen tilanteeseen osallistumisen vuoksi.

Ensimmäisessä osiossa painopiste oli yleisen tiedon lisäämisessä, kuten valmiussuunnittelun työn taustasta, käsitteistöstä, suunnittelua määrävistä laista ja asetuksista. Toisessa osiossa käsiteltiin kehittämistyötä Keravan terveyskeskuksessa. Esityksessä ilmeni kehittämistyön rakenne, tavoite ja aikataulu. Kolmannessa osiossa esiteltiin tapahtumaketjut Kauhajoen kouluampumisesta ja Nokian vesikriisistä. Valinta perustui kahdesta maantieteellisesti lähekkäin

olevasta ja lähes samankokoisesta kunnasta, jossa kriisin hallinta oli hyvin erilaiset toisiinsa nähden. Tapauskohtaiset kuvaukset oli kerätty oikeusministeriön tutkintalautakunnan raporteista. (oikeusministeriö 2010.)

Luento koski koko Keravan terveyskeskuksen henkilökuntaa ja tällä tavoin pyrin vaikuttamaan, ei ainoastaan ydinryhmän, vaan koko henkilökunnan sitouttamiseen kriisitilanteiden toiminnan kehittämisessä. Samalla tarjoutui mahdollisuus tiedottaa tulevasta kyselytutkimuksesta ja sen merkityksestä ja rakenteesta (Itse kysymyksiä tai kaavaketta ei esitetty luennolla). Menettelyni avulla pyrin sitouttamaan henkilökuntaa vastaamaan kyselyyn ja pyrkiä tuomaan työorganisaatiossa hiljaisen tiedon eli toiminnassa olevan kokemuksellisen tiedon näkyväksi, jotta saatua tietoa voitaisiin hyödyntää kehittämistehtävässä.

6.2 Hiljainen tieto eksplisiittiseksi, kyselytutkimuksen tulokset ja analyysi

Organisaation kehittämiseen liittyy merkityksellisesti hiljainen tieto. Hiljainen tieto on kokemuksen kautta syntynyttä tietoa ja usein henkilökohtaista. Se muotoutuu uskomuksiksi ja mielikuviksi ja muokkaantuu näin ollen kognitiivisiksi taidoiksi. Hiljainen tieto rakentuu ammattitaidosta ja taitotiedosta eli nk. teknisistä osa-alueista, mutta siihen liittyvät myös mentaaliset mallit, joiden avulla hahmotetaan ja käsitetään ympäröivä todellisuus. Hiljainen tieto ilmenee toimintana, menettelytapoina, rutiineina, ihanteina, arvoina ja tunteina. (Lehtomäki 2009, 55; Ahonen, Ora- Hyttiäinen & Silvennoinen 2005, 4.)

Organisaatioissa koetaan hyödylliseksi, jos hiljainen tieto pystytään muokkaamaan eksplisiittiseksi eli käsitteelliseksi tiedoksi. Näin se voi toimia voimavarana muillekin organisaatiossa työskenteleville. Eksplisiittinen tieto on tarkkaan määriteltyä, systemaattista ja muodollista. Käsitteellinen tieto on helppoa tallentaa ja prosessoida sekä jakaa muille. Terveystieteiden organisaatiossa työskentelevien toiminta sisältää usein sekä käsitteellistä että hiljaista tietoa. Organisaation kehittämisen kannalta on tärkeää tietää, minkä tiedon pohjalta toimitaan ja tehdään päätöksiä. Tämä tietämys vaikuttaa myös työyhteisössä vallitsevaan yhteisymmärrykseen ja siihen, kuinka informaatio määritellään. (Lehtomäki 2009, 55) Hiljaisen tiedon jakaminen organisaatiossa edellyttää sen muuttamista sanoiksi, numeroiksi ja symboleiksi. Näitä tuloksia verrataan tutkittuun tietoon. Tällöin saadaan vertailukohteeksi uutta tietoa ja mahdollisuus uuden toimintatavan toteuttamiseen. (Ahonen, Ora- Hyttiäinen & Silvennoinen 2005, 4, 24- 25.)

Hiljaisen tiedon eksplisiittiseksi muuttamisessa tehtiin kysely Keravan terveyskeskuksen henkilökunnalle. Kysely oli kartoitus Keravan terveyskeskuksen hoitohenkilökunnan (hoitajat ja lääkärin) ammattitaidollisista resursseista kriisi- ja erityistilanteisiin. Kysely toimi juurruttamisen menetelmässä vaiheena, jossa tuodaan piilevänä olleet asiat näkyviksi. Juurruttamisessa tieto

nähdään kaksijakoisena, Hiljaisena tietona ja tutkimustietona. Kyselytutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa henkilökunnan ammatillisista taidoista jotka pitävät sisällään kokemuksen, koulutuksen ja osaamisen. Toisena pääalueena kysymyksissä painotettiin kriisi- ja erityis-tilanteisiin liittyviä ammattitaidosta, kokemuksista, koulutuksista ja ennakoinnista koostuvia subjektiivisia näkemyksiä.

Mitä sitten tarkoitetaan ammattitaidolla? Ammattitaidon käsite on muuttunut vuosien saatossa. Aikaisemmin ammattitaitoon ja osaamiseen riitti koulutus, joka saattoi antaa osaamisen tarkoin valikoituihin tehtäviin. Nyky-yhteiskunnan dynaamisuus, monimuotoisuus ja jatkuva kehitys asettavat uusia haasteita. Yleisten kvalifikaatioiden merkitys kasvaa (Helakorpi 1999, 7) Ammattitaitoa määritettäessä voidaan esille nostaa runsaasti erilaisia näkökulmia. Peruskäsitteenä ammatillisessa koulutuksessa käytettyä ammattitaidon määritelmää kutsutaan taitotiedoksi eli "know how". Sitä on määritelty (Niiniluoto 1989) kasvatuksen, kielen ja opetuksen kautta siirtyväksi taidoksi ja osaamiseksi. Taidon määritelmään on Helakorven mukaan, motorisen osaamisen lisäksi, liitetty Aristoteleen käsitys oikean ja järkipärisen tekemisen valmiudesta. Taitotieto ei siis ole ulkoa opittu tieto, vaan käytännön ongelmien ratkaisuihin soveltuva tietorakennelma. Tämän tietorakennelman perustana toimii käytäntöön ja teoriaan pohjautuva ymmärrys, jota osaava henkilö voi käyttää eri tilanteissa. (Helakorpi 1999, 6.)

Ammattitaitoa ja tietoa kuvaa hyvin käsite käytännöllinen tieto. Sen määritelmänä käytetään toiminnassa ilmenevää tietoa. Klassisessa määritelmässä käytännöllinen tieto käsitetään myös hyvin perustelluksi uskomukseksi. Tiedepiireissä on väitelty käytännöllisen tiedon merkityksestä ja määritelmästä. Ongelmana on koettu käytännön tiedon subjektiivisuus, sen altistuminen vallitseviin arvoihin sekä asenteisiin. Käytännön tiedon ongelmana on myös koettu sen vaikea ilmaiseminen ja dokumentointi. Henkilöllä on mahdollista toiminnan kautta osoittaa tietoa enemmän kuin hän pystyy sanallisesti ilmaisemaan (Helakorpi 1999, 7.)

Työssä oppiminen on kautta aikojen ollut tapa oppia. Oppimisesta on käytetty "oppipojastamestariksi" -ideologiaa, ja nykyään tuota ajatusta on hyödynnetty koulutuksen suunnittelussa. Hyvin tunnettu menetelmä koulutuksen suunnittelussa on Deweyn "Learning by doing", jossa opiskeluun on liitetty olennaisena osana käytännön työskentely. Menetelmään sisältyy ajatus käytännön tiedon edellytyksestä teoreettisen tiedon ymmärtämiseen (Helakorpi 1999, 8.) Tässä kyselyssä koulutusten, ammattien ja vastaajan oman ammatin kokemusten keskinäinen suhde ja määrä muodostavat käsityksen henkilöstön tietorakennelmasta, jota pyritään kriisi- valmiussuunnitelmaa tehtäessä hyödyntämään.

Kyselykaavake rakentui kolmesta eri osiosta ja vastaukset esitetään yhden muuttujan kautta graafisilla esityksillä, hajonta- ja keskiluvuilla. Ensimmäisessä osiossa mitattiin taustamuuttujia kuten ikää, koulutusta, ammattia ja työkokemusta. Kysymyksissä oli huomioitu myös aikai-

semmat ammatit ja työkokemus, joiden hyötysuhdetta painotettiin kriisivalmiussuunnittelun osa-alueissa. Keskeisiksi tutkimuskysymyksiksi nousivat: Millainen työkokemus henkilökunnalla on? Millaista kokemusta heillä on akuuttihoidosta? Millaisia kokemuksia heillä on kriisitilanteissa toimimisesta ja kriisivalmiussuunnittelusta? Sekä millaisiin uhkiin ja tilanteisiin Keravan terveystieteiden keskuksen olisi varauduttava?

Toisessa osiossa tutkittiin riippumattomia muuttujia, jotka painottavat koulutuksen ja tietämyksen rakennetta. Kyselyn kysymykset painoutuivat sekä omaehtoiseen opiskeluun, ammattiin liittyviin koulutuksiin (mm. akuuttihoito ja kriisivalmiussuunnittelu) sekä pakollisiin suoriin. Nämä osiot ovat suoranaissessa yhteydessä oletukseen että kokemus ja teoretinen tieto yhdistettynä luovat taitotietoa (kts. Helakorpi 1999.) Toisen osion loppupuolella kartoitettiin tietämystä tämänhetkisestä kriisivalmiussuunnittelusta, sen olemassaolosta ja sisällöstä. Toisen osion loppupuolen ja kolmannen osion muuttujista voidaan käyttää nimikettä riippuvat muuttujat. Riippuviksi muuttujiksi kysymyssarjaa voidaan määritellä siksi, että ennen kyselyn järjestämistä pidetyllä motivaatioluennolla on saattanut olla vaikutuksia vastausten määrään ja sisältöön. Näillä kysymyksillä oli kuitenkin suuri painoarvo juuri tämän kehittämissuunnitelman kannalta. Vastauksista saadaan muodostettua ns. nollassa eli kriisivalmiussuunnitelman asema ennen kehittämistyön alkua ja määriteltyä suunnittelun toteutuksen painopisteet.

Kolmannessa eli viimeisessä osiossa selvitettiin minkälaisia kokemuksia vastaajilla on ollut kriisitilanteissa, mitkä ovat heidän subjektiiviset näkemyksensä siihen, ja miten suunnitelma tulisi toteuttaa. Lisäksi haluttiin selvittää mitkä ovat henkilökohtaiset vahvuudet ja kehittämismallit ja minkä tyyppisiin tilanteisiin tulisi varautua. Näillä kysymyksillä haluttiin saada käsitys siitä, minkälainen kriisivalmiussuunnitelman pohja pitäisi olla Keravan terveystieteiden keskuksen henkilökunnan mielestä.

Kyselyn validiteetin ja toimivuuden parantamiseksi, se esitettiin elokuussa 2012 Raision terveystieteiden keskuksen hoitajien sekä Meilahden päivystyspoliklinikalle toimineiden sairaanhoitajien keskuudessa. Esitestauksessa koettiin hankalaksi käsitteiden monimuotoisuus ja määritelmät. Tämän vuoksi määritelmät rajattiin kriisi- ja erityistilanteisiin, suuronnettomuuteen ja valmiussuunnitteluun joiden merkitykset käytiin läpi luennolla. Luotettavuutta olisi todennäköisesti pystynyt parantamaan esimerkiksi kyselykaavakkeeseen liitettyllä käsitteiden määritelmien sisältävällä listalla, mutta ajatuksesta luovuttiin luento-osallistuneiden henkilöiden runsaan lukumäärän vuoksi. Validiteettia paransi kahden erityyppisen organisaation henkilökunnan näkemys kysymyksistä, jolloin organisaatiollisen kulttuurin merkitys kysymyksiin vastattaessa vähenee ja subjektiivinen näkemys kasvaa. Esitestauksessa käytettyyn kyselykaavakkeeseen vastasi päivystysyksiköissä työskenteleviä sairaanhoitajia, jolloin validiteetti professionaalisuuden vaikutuksista oli huomattava. Suuri vastausprosentti kyselytutkimuksessa tukee tutkimuksen reabiteettia eli kyselyn toistettavuus on hyvä.

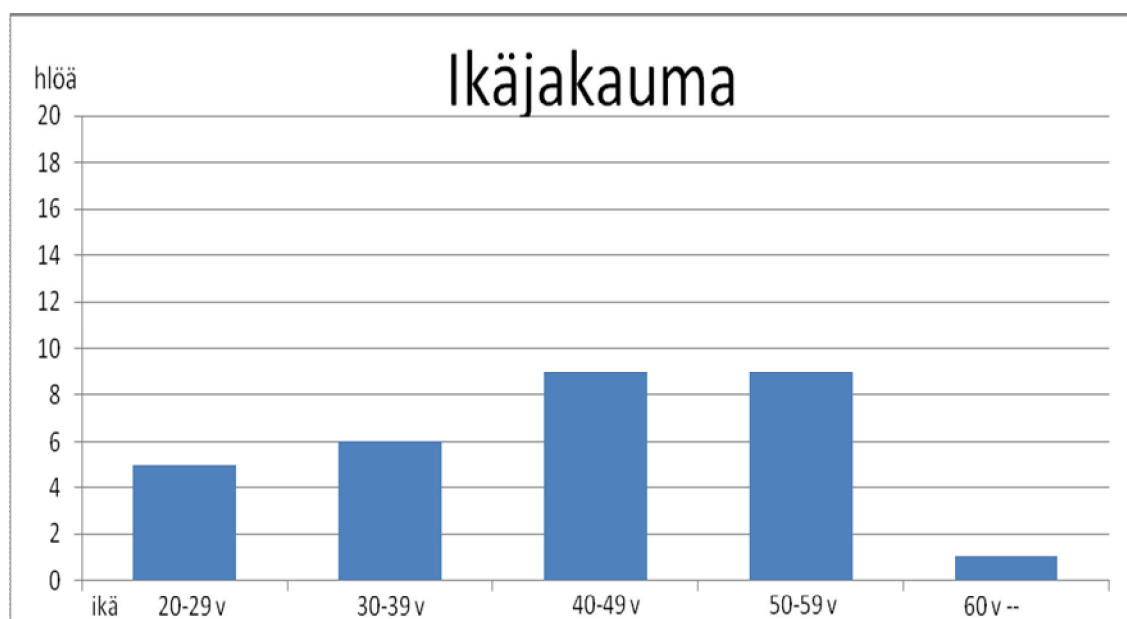
Ennen kyselyn aloittamista järjestettiin Keravan terveyskeskuksen henkilökunnalle motivaatioluento (20.9.2012), jolla avattiin myös kyselyssä ilmenneitä asioita ja käsitteitä. Samalla luennolla painotettiin myös kyselyn merkityksellisyydestä kriisivalmiussuunnitelman luomisessa. Motivaatioluennon suunnittelussa avusti Helsingin kaupungin työterveyspsykologi Hanna Valkonen, jonka kanssa pyrimme luomaan mahdollisimman motivoivan ja ajatuksia herättävän sisällön luentoon. Tällä keinolla pyrittiin tehostamaan sitouttamisen vaikutusta sekä parantamaan kyselyn vastausprosenttia.

Kysely aloitettiin 28.9.2012 Keravan terveyskeskuksessa ja kyselykaavakkeita lähetettiin 52 kappaletta. Henkilökuntaa oli paikalla kahden viikon aikana noin 40 henkilöä ja kyselykaavakkeiden jaosta henkilökunnalle vastasi hoitohenkilöstön esimies. Vastausaikaa oli kaksi viikkoa ja kysely päättyi 12.10.2012 Vastanneita henkilöitä oli 30 (n=30), joten vastausprosentti oli noin 75 prosenttia. Suhteellisen korkeaan vastausprosenttiin todennäköisesti vaikutti erittäin suuri osallistujamäärä 20.9.2012 järjestettyyn motivaatioluentoon (n= 38) sekä terveyskeskuksen hoitohenkilöstön esimiehen aktiivisuus kyselyn jakajana.

Vastausten analysoinnissa käytettiin sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen menetelmän metodeja johtuen kysymysten rakenteesta. Kvantitatiiviset aineistot käsiteltiin prosentuaalisina ja koottiin taulukkotiedoiksi. Vastaukset esitetään yhtä muuttujaa hyödyntäen graafisilla esityksinä, hajonta- ja keskiluvuilla kuvaten. Avoimet kysymykset (kyselyn osio 3.) on purettu sisällönanalyysin menetelmällä. Sisällönanalyysia voidaan käyttää niin sisällön laadullisen sisällön analysoimisessa kuin määrällisessä erittelyssä. Molempia menetelmiä voidaan käyttää samaa aineistoa analysoidessa. Tulokset analysoitiin sisällönanalyysin menetelmällä teoriaohjaavasti. Analyysin avulla luotiin analyysiyksiköistä kategorioita, jolloin samassa kategoriassa olevat sanat muodostivat yhteisen merkityksen. Kyselyn vastaukset siis jaoteltiin kategorioihin eli koodattiin. Sisällön aineistopohjaista koodaamista apuna käyttäen voitiin nostaa esille työn tekijöiden tarvitsemia resursseja ja käsityksiä kriisivalmiustilanteista. Samalla pystyttiin erittelemään tulokset määrälliseen muotoon laskemalla vastausten määrän eri kategorioissa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 95; Huotari 2009, 115.) Koodaamiseen käytettyjä avainsanoja otettiin Keravan kaupungin valmiussuunnitelman riskianalyysista, valmiussuunnitelmasta sekä määrättyjen käsitteiden frekvenssin perusteella vastauksista.

Kyselyn (kts. liite 1.) ensimmäiset kysymykset 1-9 painottuivat taustamuuttujiin, jolla kartoitettiin vastaajien iän, koulutuksen ja työkokemuksen välistä suhdetta. Tarkoituksena oli myös tuoda esille mahdollisia piileviä ja hyödynnettäviä taitoja tai ammattiosaamista ("know how") kriisivalmiussuunnitteluun (kuten esim. palo-/pelastus, vartiointi-/suojelu, bio-kemikaali osaamiseen). Kuviossa 4. kuvataan ikäjakaumaa, joka painottuu selvästi 40- 59 ikävuoden välille. Kuviossa 5. esitetään työkokemuskaavio, joka selkeästi korreloi ikäjakauman kanssa.

Työkokemuksella tarkoitettiin nykyisessä ammatissa hankittua työkokemusta ja siihen liittyvä akuuttihoiton osaaminen kartoitettiin lisäkysymyksellä. Ikäjakauman ja työkokemuksen tulokset antavat viitteitä siitä, että vastaajilla on huomattava kokemus terveydenhuolto alalta. Mikäli vaihtoehtona olisi ollut lisäksi vaihtoehto ”yli 20 vuotta” työkokemusta, olisi tulos saattanut olla vielä selvempi suhteessa ikään ja työkokemuksen määrään. Tämän tutkimuksen kannalta se ei kuitenkaan olisi ollut merkittävää.



Kuvio 5. Terveyskeskuksen henkilökunnan ikäjakauma



Kuvio 6. Terveyskeskuksen henkilökunnan työkokemus vuosissa

Aikaisempia ammatteja omaisi 11 vastaajaa, joista 7 henkilöä oli toiminut hoitoalalla aikaisemmassakin ammatissaan. Aikaisemmista ammateista ei ilmennyt suoranaisesti kriisivalmiussuunnitteluun vaikuttavia erityisosaamisalueita tai siihen liittyviä ammatteja. Olettamuksena oli, että nykyaikana on hyvin yleistä että ihmisillä on useampi eri ammatti ja usein muiden ammattien lisäämän tiedon hyödyntäminen on vähäistä.

Vastaajista kymmenen henkilöä olivat koulutukseltaan lääkäreitä, kaksikymmentä henkilöä hoitajia, joista kaksi henkilöä perushoitajia tai lääkintävahtimestareita. Koulutustaustat vastauksissa vastasivat koko henkilöstörakennetta, jossa lääkäreiden ja hoitajien suhde on noin 1:2. Akuuttihoiton työkokemusta oli 19 henkilöllä ja keskiarvona työssäoloaika akuuttihoitossa oli lähes 7 vuotta. (ka. 6v 11 kk, Mediaani 4 v). Näiden tulosten perusteella voidaan päätellä että Keravan terveyskeskuksen ammatillinen kokemustausta on hyvin vahva ja että valmiudet ammatillisesti kohdata kriisi- ja erityistilanteet ovat hyvät, pitkän työkokemuksen ja työkokemukseen sisältyvä akuuttihoiton kokemuksen vuoksi.



Kuvio 7 Terveyskeskuksen henkilökunnan akuuttihoiton työkokemus

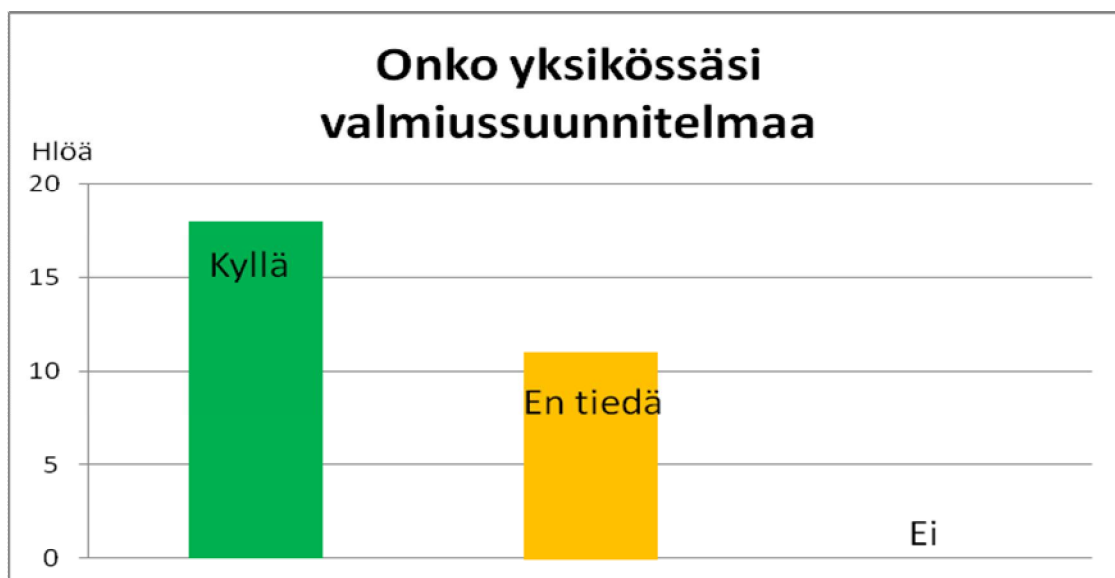
Kyselyn kysymysten 10- 13 painotus olivat koulutukseen ja ammatilliseen tietämykseen liittyviä. Koulutuskyselyn painopiste oli akuuttihoitoon ja lääketieteelliseen hoitoon kouluttautuminen. myös kriisivalmius koulutuksen osuutta kartoitettiin. Kyselykaavakkeen 11. kysymyksen kohdalla tehtiin havainto, joka ei noussut esiin esitestauksen tuloksena. Suomalaisessa

terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäreiden ja hoitajien koulutuksessa on suuri poikkeama suonensisäisen lääkehoidon kohdalla. Hoitajien kohdalla suonensisäisen (i.v) lääkehoidon saa toteuttaa hoitaja, joka on suorittanut kyseisen luvan viimeisen viiden vuoden aika sekä suorittanut yksikkökohtaisen luvan/näyttökokeen. Lääkäreiden osalta taas suonensisäinen lääkkeiden annon koulutus ja käyttö lupa sisältyy ainoastaan opintoihin, eikä kyseistä lupaa tarvitse uusia ammattia harjoittaessa. Tämän selittää kysymyksessä 11 esiintyvät variaatiot "oletko suorittanut suonensisäisen lääkkeenantuluvan?". Kyllä vastanneiden osuudeksi vain 17 henkilöä, sillä osa lääkäreistä tulkitsee, etteivät olleet kyseistä lupaa suorittaneet.

Opintoja suoritti kolme henkilöä, jotka kaikki opiskelivat yliopistossa. Kaikki koulutukset olivat tutkintoon johtavia jatkokoulutuksia, joten ammattia täydentäviä opintoja ei kukaan tällä hetkellä suorittanut. Akuuttihoito-/lääketieteen koulutuksiin on osallistunut viimeisen viiden vuoden aikana 50% vastanneista. Koulutuksista useimmin esiintyi päivystys ja ensihoito/-apu kurssit. Myös kriisivalmius- ja suuronnettomuustilanteisiin koulutusta olivat saaneet 20 henkilöä eli 66% henkilöstöstä. Eniten näistä (10 henkilöä) suuronnettomuuskoulutusta.

Kolmantena teemana olivat kysymykset 14- 18, jotka käsittelivät tarkempia tietoja varautumisesta ja kriisivalmiussuunnittelusta. Kysymysten tarkoituksena oli kartoittaa kokemusta suunnitelman tekemisestä, tietopohjaa tällä hetkellä voimassa olevasta suunnitelmasta sekä omaa kokemusta kriisitilanteista. Varautumiseen, kriisivalmiussuunnitteluun ja suuronnettomuustilanteiden suunnitteluun vastanneita oli viisi kappaletta, joista kahdella henkilöllä oli kokemusta enemmän kuin yhdestä suunnittelun osa- alueesta. Kaksikymmentä henkilöä oli siis saanut koulutusta kriisi- ja suuronnettomuustilanteisiin, mutta vain kolme henkilöä oli osallistunut suunnitteluun. Tämä osoittaa valmiussuunnittelun nykytilan kuntatasolla. Yksikköjen valmiussuunnittelun tekee yleensä ulkopuolinen henkilö, jolloin itse onnettomuustilanteessa toimijat jäävät ulkopuoliseksi. Nämä tulokset tukevat Keravan kriisivalmiussuunnitelman uudelleen organisoimisen tarvetta ja toimintatutkimuksen pohjana olevaa peruseriaatetta eli tuetaan työntekijöiden vahvaa osallistumista työnsä kehittämisessä.

Yksikkönsä kriisivalmiussuunnitelman olemassaolosta tiesi 18 henkilöä, mutta ainoastaan 12 henkilöä oli perehtynyt suunnitelmaan. 11 henkilöä ei tiennyt onko suunnitelmaa tehty heidän yksikölleen. Kukaan ei ilmoittanut tietävänsä varmasti suunnitelman puuttumisesta. Yksi henkilö jätti vastaamatta. Tästä voidaan todeta että voimassaoleva yhteinen ohjeistus ei ole ollut n. 40 %:lle henkilöstöstä tuttua.



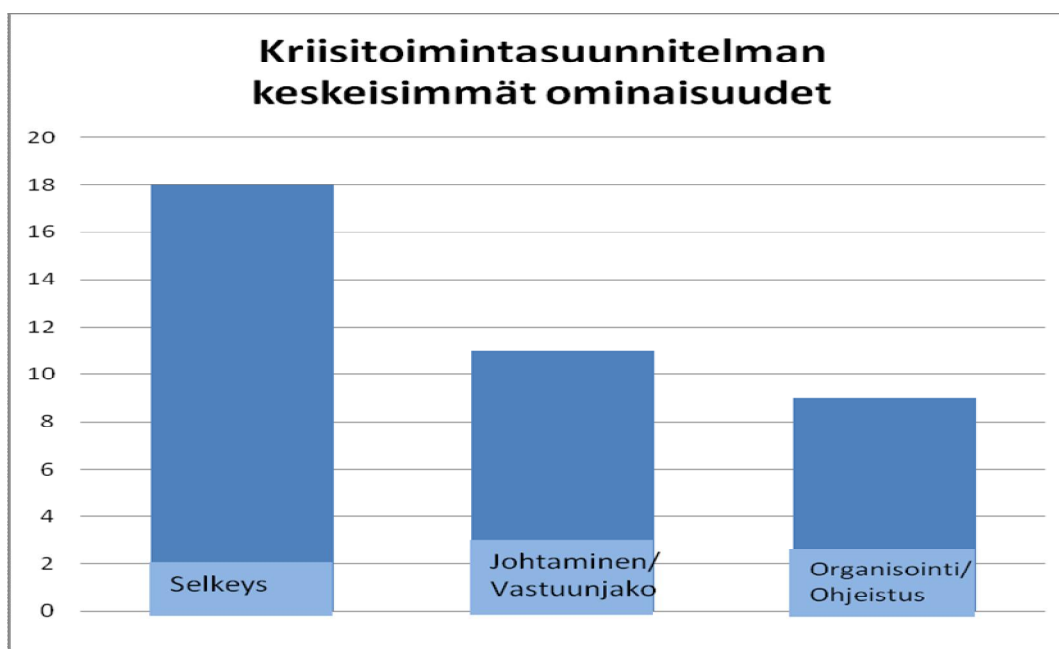
Kuvio 8 Tietoisuus valmiussuunnitelman olemassaolosta

Kriisitilanteesta toimimisesta oli kokemusta yhdeksällä henkilöllä. Kysyttäessä minkälaisesta kokemuksesta on kyse, vastaukset vaihtelivat yksittäisistä onnettomuuksista laajempiin, joista yleisin oli liikenneonnettomuus ja kokemukset yleisistä eri sairaanhoitolaitosten akuuteissa yksiköissä toimimisesta kuten. Peijaksen, Töölön ja Meilahden sairaaloissa. Vastausten perusteella voidaan olettaa, että ilmenneet sairaanhoitolaitoksen yksiköt kuvastavat vastaajan aikaisempaa työkokemusta. Yksikin ilmoitettu yksikkö voi pitää sisällään useamman erityyppisen ja asteisen kriisitilanteen. Vastauksissa ilmeni myös selkeästi Jokela, joko pelkkänä paikkakunnan nimenä tai eriteltynä siellä sattuneiden junaonnettomuuden tai kouluampumisen vuoksi. Vastausten perusteella ne näyttävät vaikuttaneen suoraan Keravan terveyskeskuksen toimintaan ja sen henkilöstöön.

Kysymyksillä 19- 22 kartoitettiin vastaajien subjektiivista näkemystä omista vahvuuksistaan ja kehittämisaalueistaan. Ammatilliseksi vahvuudeksi ilmoitti 11 henkilöä ammattitaidon ja kokemuksen. Vastaus korreloi samansuuntaisesti aikaisempien työkokemus vastausten mukaan ja selvästi hyvä ammattitaito lisää varmuutta kriisitilanteissa. Kymmenen henkilöä ilmoitti persoonallisuuden piirteiden kuten rauhallisuuden olevan suurin ammatillinen vahvuus. Vastaajista 4 ilmoitti ammattinsa (lääkäri) olevan vahvuus toimia kriisi- ja erityistilanteessa. Kysymyksillä 21- 22 kartoitettiin mielipiteitä kriisivalmiussuunnitelman sisällöstä ja sen vaikuttavuudesta toimintaan sekä suurimmiksi koetuista uhista Keravalla (taulukko 2.) Näiden kysymysten koodaamiseen ja vastausten analysointiin käytettiin Keravan kaupungin voimassa olevaa riskianalyysia sekä valmiussuunnitteluopasta.

Kriisi- ja erityistilanteissa toimimiseen 12 henkilöä haluaisi saada lisää koulutusta ja kuusi henkilöä toivoi saavansa selkeämmät ohjeet. Ammatillinen vahvuus lisää todennäköisesti myös ymmärtämystä työntekijöiden omista kehittämisalueistaan.

Kysymyksessä 21 pyydettiin vastaajaa ilmoittamaan tärkeysjärjestyksessä neljä tärkeintä kriisivalmiuden suunnittelussa erityisesti huomioitavaa asiaa. Eniten vastauksia tuli kohtaan 1. (23 henkilöä) ja kohtaan 2. (19 henkilöä). Vastauksissa ilmeni selkeästi neljä erityyppistä kategoriaa. kategoriat merkittiin selkeästi eri värein ja vastaukset jaettiin niiden mukaan. Esille nousivat seuraavanlaiset kategoriat: Selkeys, organisointi, johtaminen/vastuunkanto sekä tiedottaminen. Vastauksille muodostuu selkeästi yhteneväinen teema, joka painottuu tilanteen hallintaan. Kriisivalmiussuunnitelman selkeys oli joko tärkein tai toiseksi tärkein 18 henkilön mielestä, 11 henkilöä koki tärkeimmäksi tai toiseksi tärkeimmäksi asiaksi kriisivalmiussuunnitelmassa johtamisen ja vastuunkannon ohjeistuksen. Kriisitilanteessa henkilökunnan ja tilojen organisoinnin ohjeistus oli tärkein tai toiseksi tärkein 9 henkilön mielestä. Tiedottamisen koki tärkeäksi seitsemän henkilöä. Tiedottamiseen sisällytettiin informaationkulku yksikön sisällä, tiedonkulku yhteistyökumppaneiden kanssa (tilannekuva) sekä julkinen tiedottaminen. Näiden lisäksi erityisesti huomioitavia asioita kriisivalmiussuunnitelmassa oli suunnitelman harjoittelu, päivitys, tilanteiden läpikäynti ja tilanteiden jälkeinen debriefing sekä tilojen suunnittelu.



Kuvio 9. Subjekttiivinen näkemys valmiussuunnitelman keskeisistä ominaisuuksista

Kysymyksessä 22 selvitettiin vastaajan mielipidettä suurimmista riskeistä johon Keravan terveyskeskuksen tulisi varautua (Taulukko 2). Vastausten lukumäärää ei ollut rajoitettu lainkaan

ja vastaukset koodattiin Keravan kaupungin riskianalyysin pohjalta. Riskianalyysistä poimittiin väkivalta, pandemia, tehdasonnettomuus, suuret tulipalot sekä erityyppiset liikenneonnettomuudet koodisanoiksi ja aineistosta merkittiin eri värejä käyttäen kyseiset onnettomuustyyppit omiksi alueiksi. Suuronnettomuus määrittämätön ja muut- kategoriat muodostuivat vastauksissa esiintyvyyden johdosta.

Todennäköisimpänä uhkana pidettiin liikenneonnettomuuden uhkaa (lento-, juna- ja tieliikenneonnettomuudet yhteenlaskettuna) ja myös väkivallan uhkaa pidettiin todellisena. Nämä saattavat selittyä useiden sekä liikenne- että väkivaltatapausten esiintymisenä Keravan alueella viimeisen vuosikymmenen aikana. Riskianalyysin ja kyselyn tuottamat vastaukset olivat samansuuntaisia, mikä kertoo henkilökunnan omaavan hyvän käsityksen Keravan erityispiirteistä ja mahdollisista uhkakuvista. Riskianalyysi itsessään on turvaluokituksen alaista tietoa, joten tässä yhteydessä siihen vertaaminen on mahdotonta.

Taulukko 2. Vastaajien arvio onnettomuuden todennäköisyydestä onnettomuustyyppin mukaan.

<u>Oletettu tilanne:</u>	<u>vastauksia:</u>
Väkivalta (väkivaltainen potilas, kouluampuminen, perhesurma)	14 hlöä
Junaonnettomuus	14 hlöä
Liikenneonnettomuus	10 hlöä
Lento-onnettomuus	8 hlöä
Tehdasonnettomuus (tulipalo, räjähdys, myrkkyyvuoto)	8 hlöä
Epidemia / Pandemia	5 hlöä
Suuronnettomuus (määrittämätön)	5 hlöä
Tulipalo	4 hlöä
Muu (läheisen menetys)	2 hlöä

Yhteenvedona kyselytutkimuksesta voidaan todeta vastausten määrän perusteella, että motiivointi ja aiheen valinta onnistui erittäin hyvin. Henkilökunta osallistui sekä luentoon että kyselytutkimukseen aktiivisesti. Kyselylomakkeet olivat huolellisesti täytettyjä, jolloin hylkäysprosentti oli 0 prosenttia. Esitestauksen aikana ilmenneitä sivuhuomautuksia kysymyksistä ei esiintynyt ja käsitteiden ymmärrys oli ilmeisen selkeää. Ainoastaan kysymys suonensisäisen lääkkeenannon kohdalla oli selkeästi väärinymmärretty vastauksissa. Useat lääkärit kokivat, etteivät ole kyseistä lupaa suorittaneet, vaikka se sisältyy lääkärin tutkintoon. Kyselystä ilmeni että Keravan terveyskeskuksen henkilökunnan ammatillinen kokemustaso on erittäin laaja ja monipuolinen. Kokemus ulottuu normaalista hoitotyöstä akuuttiin erityisosaamiseen.

Pitkä työkokemus ja henkilökunnan suhteellisen hyvä kouluttautumistaso viittaavat siihen että taitotieto on korkeatasoista.

Omaan osaamiseen luotettiin selkeästi ja vahvuudeksi kriisitilanteissa koettiin 50 prosentissa vastauksissa oma työkokemus ja koulutus. Myös kriisikokemuksen ja -koulutuksen osuus oli erittäin hyvä, joskin koulutuksen hyödyntäminen kriisivalmiusasioissa oli kuitenkin selkeästi vähäisempää. Vastausten jakaantuminen ammattikunnittain oli tasaista ja kuvaa terveyskeskuksen koko henkilökunnan rakennetta.

Onnettomuustyyppien lisäksi tilanteisiin oli liitetty eri sairaaloiden nimiä, jotka terveydenhuollon ammattilaisille kertovat niiden päivystykselliset luonteet ja antavat mielikuvia toiminnan vaativuudesta. Analysointiin vaikutti tutkijan tausta usean vuoden kokemuksesta akuuttihoitosta. Oma työkokemus useista mainituista yksiköistä tuo subjektiivisen näkemyksen työkokemuksen laatuun, mutta samalla auttoi ymmärtämään ja loi mielikuvia osaamisen tasosta.

Kehittämiskohteiksi tutkimuksen mukaan koettiin, että kriisitilanteiden toiminnan kehittäminen tulisi olla avoimempaa ja tiedottamisen entistä laajempaa. Kyselyn vastaukset tukevat tätä kehittämistyötä ja vahvistavat käsitystä, että kriisivalmiuden suunnittelua ja harjoittelua tulee huomattavasti tehostaa. Menetelmänä voisi olla esimerkiksi vuosittain järjestettävät säännölliset harjoitukset ja uuden työntekijän perehdytysohjelmaan lisättävä kriisivalmiussuunnitelmaan perehtyminen.

Myös koulutusta kriisivalmiuteen tulisi lisätä henkilökunnan toivomusten perusteella sekä sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksen pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön ohjeistuksessa työnantajan velvollisuutena yhdessä työntekijän kanssa on varmistaa, että jokainen työntekijä tietää yksikkönsä toiminnan ja suunnitelmat kriisitilanteissa. Tämän vuoksi esimerkiksi uuden työntekijän perehdytykseen tulisi lisätä kriisivalmiussuunnitelmaan perehtyminen, jotta vähintään kyseisen suunnitelman olemassaolo tiedettäisiin.

Tutkimuksen pohjalta keskeisimpinä johtopäätöksinä voidaan nähdä Keravan terveyskeskuksen henkilökunnan ammattitaidon ja kokemuksen olevan hyvä. Koulutusta tulisi lisätä ja sitä hyödyntää kriisitilanteisiin varautumisessa ja valmiussuunnittelussa. Tuleva suunnitelma tulee olla selkeä, hyvin organisoitu ja selkeästi johdettu. Toimintasuunnitelman esittely, siitä tiedottaminen ja harjoittelu tulee olla aktiivista. Kyselyn vastaukset tukivat tämän kehittämissuunnitelman tarkoitusta, joka oli luoda selkeä ja yksinkertainen, helposti hallittava, moniin tilanteisiin sopiva ja työyhteisöön juurtunut toimintamalli.

6.3 Ydinryhmätoiminta ja johtaminen

Kuten kyselyn vastauksissa käy ilmi, kriisitilanteessa toiminnan johtamisen merkitys käytännön tasolla on suuri. Johtamisella on suuri merkitys myös hoitotyön kehittämisprosesseissa, koska johtavassa asemassa olevan tulee tukea muutosta ja mahdollistaa kehittämissryhmän toiminta työyhteisössä sekä sitouttaa se prosessiin. Johtajan tehtävänä on myös seurata, että kehitteillä oleva toiminta siirtyy käytäntöön koko prosessin ajan ja sen jälkeen. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Silvennoinen 2005, 6; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 108.)

Innovatiivisen ilmapiirin luominen ja henkilöstön osaamisen kehittäminen kuuluvat johtamiseen. Työyksikön ilmapiiri vaikuttaa muutosprosessin onnistumiseen. Uudistusmyönteisessä (innovatiivisessa) organisaatiossa ollaan joustavia, kiinnitetään huomiota työsuorituksiin sekä suhteisiin henkilöstön ja johdon välillä. (Ahonen, Ora-Hyytiäinen 2006, 14.) Ydinryhmään osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen ja mielenkiintoon. Ydinryhmätoimintaa painotettiin mahdollisuutena oman työnsä kehittämiseen ja haastavien tilanteiden parempaan hallintaan. Innovatiivisuuden ja näkökulmien lisäämiseksi ydinryhmä muodostettiin eri ammattikunnista ja hierarkisten järjestelmän eri asteilta. Tällä pyrittiin kehittämään johdon ja työntekijöiden välistä toiminnallista suhdetta.

Esimiehen kiinnostus kehittämisprojektia kohtaan ja siihen osallistuville tarjolla oleva tuki lieventävät tai ehkäisevät muutosvastarintaa. Esimiehen tulisi olla kiinnostunut kaikkien projektiin osallistuvien selviytymisestä ja tarjota aktiivista tukea kehittämisprojektin aikana. Jos muutosvastarintaa ilmenee, tulee pohtia sen mielekkyyttä ja vaihtoehtoisia ratkaisuja. Pohdinnan tulisi olla avointa ja eri näkemyksiä kunnioittavaa, täten muutosprojektissa on mahdollisuus hyödyntää kritiikkiä rakentavassa mielessä. Esimiehen vahva sitoutuminen ja napakkuus edesauttavat prosessin läpiviemisessä tavoitteiden mukaisesti. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 106.) Osastonhoitajan tapaaminen ja motivointi jo aikaisessa vaiheessa ja hänen roolinsa ydinryhmän muodostajana oli henkilökunnan sitouttamisessa tärkeää.

Oman sitoutumisen kehitystehtävään pyrin luomaan huolellisesti toteutetulla valmistautumisella, kuten perehtymällä kehittämistehtävän teoriaan ja menetelmiin sekä aikaisempaan valmiussuunnitelmaan. Tämän myötä kykenin tuomaan ydinryhmä tapaamisiin uusia näkökulmia sekä ammatillista osaamistani. Materiaalin keräys ja osa-alueen teoretiedon läpikäyminen ennen jokaista ydinryhmätapaamista oli toiminnan ja motivaation säilyttämisen kannalta välttämätöntä.

Kehittämisprojektit voivat aiheuttaa kehittämisen kohteena olevan organisaation työntekijöissä muutosvastarintaa. Usein syy tähän on se, että joudutaan luopumaan vanhoista toimintatavoista ja että ne korvataan uusilla. Muutosvastarintaa voi lieventää mahdollisimman monen ellei kaikkien organisaation työntekijöiden osallistumisena jo kehittämisvaiheessa. Suurin syy

muutosvastarintaan saattaa olla se, jos asioista päätetään yksipuolisesti. Muutoksen ja kehittämisen tulisi lähteä yhteisen toiminnan kautta (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 105.) Filander toteaa väitöskirjassaan että nykyaikaiset kehittämistutkimuksien tyypilliset työelämän muutosprosessit ovat pääsääntöisesti sidottu joko suoraan tai välillisesti ainoastaan työnantajan kehittämisintresseihin. Tällöin kriittinen suhtautuminen muutokseen voidaan tulkita taantumukselliseksi tai muutosvastarintaisiksi toiminnoiksi, ilman että kriittisyyttä tarkasteltaisiin lähemmin (Filander 2000, 31-32.) Muutosjohtamisessa tulisi näin ollen myös olennaisena osana ilmetä kyky ymmärtää kriittiset näkökulmat kehittämistyöhön nähden. Ratkaisevassa asemassa on tällöin kehittämistyön alussa muutoksen merkityksen löytäminen ja sen varmistaminen tukeeko muutos työyhteisön toimintaa. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partanen 2012, 25.)

Kehittämistyössä hyödynnetään sitä varten luotuja johtamismalleja. Nämä mallit pohjautuvat usein projektiajatteluun ja siihen liittyvästä johtamisesta saaduista kokemuksista. Tyypillisiä ominaisuuksia projekteille on selvä tavoite ja ajallinen alku ja loppu. Projektin eteenpäin viemisen mahdollistamiseksi tulee luoda välitavoitteet, jotka tukevat sen vaiheittaista etenemistä sekä toimintasuunnitelma. Johtajan tulee myös huomioida projektin toteuttamista suunniteltaessa yleiset ja projektiin tarvittavat resurssit. Johtajan tehtävänä on myös huolehtia prosessin aikataulutuksesta, jolla tarkoitetaan, että tietyn ajan kuluessa sovitulla resursseilla päästään määriteltyyn lopputulokseen. (Ora- Hyytiäinen 2006, 17; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 108.) Kriisitilanteiden toimintasuunnitelman jakaminen osa- alueisiin tarjosi ydinryhmätapaamisiin teemoja, joita käsiteltiin tapaamisissa. Tämä helpotti suunnittelua aikataulullisesti ja kokonaisuuden hahmottamista. Koska menetelmänä käytetään juurruttamisen menetelmää, osa- alueet toistuivat tapaamisissa ja jokainen osa- alue juurruttamisen prosessin omassa vaiheessaan. Joka kolmannessa tapaamisessa pidettiin lyhyt yhteenveto kehittämistyön etenemisessä, jotta voitiin varmistaa jokaisen osallistujan informointi ja tietämys kehittämistyön vaiheesta.

Kehittämisprojektin onnistumisen ja osallistamisen kannalta on hyödyllistä kehittää erilaisia tukimenetelmiä, kuten sosiaalisia käytäntöjä. Sosiaaliin tukikäytäntöihin kuuluu vuorovaikutus ja näiden tilanteiden mahdollistaminen, motivointi, kannustaminen ja koulutus. Reflektiivisyys taas tarkoittaa toimijoiden osalta sitä, että he oppivat tunnistamaan oppimansa merkityksen sekä arvioimaan sitä kriittisesti. Tavoite reflektiivisen työtteen hyödyntämisessä on työntekijöiden kyky hyödyntää oppimaansa. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 106.) Kyselytutkimuksen avulla havaittu terveyskeskuksen työntekijöiden pitkä ja laaja- alainen työkokemus auttoi reflektiivisen työtteen saavuttamista. Kokemus kriisitilanteista ja niissä toimimisessa vaikutti uusien näkökulmien syntyyn ja teorioiden ymmärtämiseen ja kyseenalaistamiseen ydinryhmätapaamisissa.

Tiedonkulku ja sen jakaminen sitouttaa muutosprosessiin. Mahdollisimman avoin tiedon jakaminen ja kehittämisprosessiin osallistuvien tahojen pääseminen mukaan päätöksentekoon luo edellytykset kehittämisprosessin onnistumiselle. Kun kaikilla on tietoa prosessin päämääristä ja tavoitteista, paranee motivaatio sen toteuttamisessa. Tiedon tulee olla selkeää, innostavaa, ymmärrettävää ja helposti omaksuttavaa. Tiedon avulla johtaja luo selkeän vision työyhteisölle, jolloin luottamus ja motivaatio kasvavat. Johtajan tulee myös pitää edellisten lisäksi toimintaperiaatteenaan työntekijöiden yksilöllistä kohtaamista muutosprosessin kuluessa. (Ora- Hyytiäinen 2006, 15.) Tiedonkulun varmistamiseksi jokaisesta ydinryhmäkokoontumisista laadittiin raportti, jotta poissaolevat saisivat tiedon päätöksistä ja käsiteltävistä asioista. Kehittämistyössä hyödynnettiin myös runsaasti sähköpostia, jolloin ennen tapaamisia muistutettiin vielä edellisen tapaamisen yhteydessä annetuista tehtävistä. Raportit lähetettiin myös terveydenhuollon johtajalle, jolloin hän pystyi seuraamaan kehittämistyön etenemistä. Raportit tehtiin rakenteellisesti samanlaisiksi ja tiivistettyyn muotoon sisällön ymmärtämisen helpottamiseksi. Ne merkittiin myös luottamuksellisiksi, jotta turvaluokitus (TLL IV) päätettyjen asioiden kohdalla säilyisi.

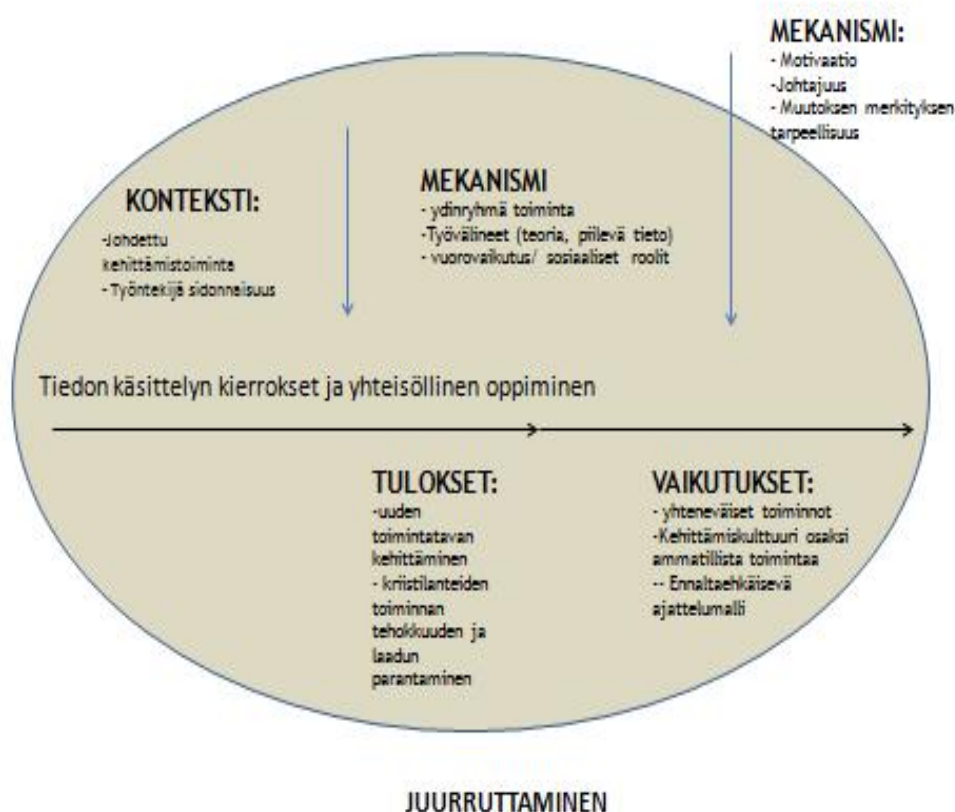
Muutosprosessiin ryhdyttäessä ja sen kuluessa johtajan tulee olla esimerkkinä, sietää paineita ja ahdistusta sekä antaa tilaa ja aikaa työntekijöiden sopeutumiselle. Muutosprosessi herättää positiivisia ja negatiivisia tunteita. Johtajan tulee antaa tunteille ja niiden ilmaisemiselle tila ja mahdollisuus. Prosessin vaiheisiin tulee kuulua tunteiden ilmaiseminen, työstäminen ja hyväksyminen, koska muutos herättää usein turvattomuuden ja epävarmuuden tunteita työntekijöiden keskuudessa. Tunteiden käsittely vahvistaa hoitotyöntekijöiden ammatillista kasvua ja kehittymistä. Jos tunteet jäävät käsittelemättä voi syntyä puolustusmekanismeja, jotka ilmentävät muutoksen vastustamista. Johtajan tulee myös tiedostaa, että muutosprosessiin saattaa kuluja aikaa ja näkyvä toiminnan muutos saattaa olla hidasta (Ora- Hyytiäinen 2006, 16) Ydinryhmä tapaamisten aikataulutuksessa huomioitiin kehittämistyön kuormittavuus, jolloin päädyttiin kerran kuussa tapahtuviin tapaamisiin. Tehtävät tehtiin tapaamisten välillä ja tapaamisiin varattiin kaksi tuntia aikaa. Tällöin mahdollistettiin avoin, keskusteleva yhteistyö ja jokaiselle mahdollisuus ilmaista mielipiteensä kehittämistyöstä.

7 Kehittämistyön keskeiset tulokset ja arviointi

Tärkeänä osana kehittämisessä on arviointi, jota voidaan tarkastella useista eri näkökulmista. Kehittämistyön vaikuttavuutta voidaan arvioida joko yksilöllisesti tai yhteisöllisesti. Työyhteisön arvioidessaan omaa toimintaansa on arvio aina subjektiivista ja menetelmiä on useita. Keskeistä arvioinnilla on pyrkimys tiedostaa miksi tulokset saavutetaan tai miksi kehittämistyö ei ole onnistunut. Tätä lopputulokseen vaikuttavaa mekanismia voidaan kutsua myös muutosvoimaksi. Arviointia ja muutosvoiman kuvaamista silmälläpitäen tässä työssä esitetään teoreettinen kuvaus toimintaprosessista ja sen menetelmistä. Lisäksi kuvataan kehittämistyön

ympäristöä ja sen toimintoja. Näitä vertailemalla pyrin tuomaan esiin niitä muutosvoimia jotka edistivät ja estivät kehittämistyön etenemisestä. Muutosprosessien, menetelmien ja toimintojen vertailuista saatavaa arviointia kutsutaan realistisen arvioinnin menetelmäksi (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 47). Tätä menetelmää hyödynnettiin arviointia tehdessä.

Juuruttamisprosessin kontekstina tässä työssä on johtajuuden ja moniammatillisten työtekijöiden osaamisen muodostama kumppanuus ja sen hyödyntäminen uusien toimintatapojen muodostamisessa. Johtajuuden rooli on keskeinen ilmapiin ja vuorovaikutuksen ylläpitävänä ja vahvistavana voimana. Työyhteisössä kehityksen merkityksen ymmärtäminen ja sen tavoiteltavuuden ja haluttavuuden lisääminen mahdollisti muutoksen toteutumisen. Ydinryhmätoiminta vahvistettuna ulkopuolisilla asiantuntijoilla, hyvä vuorovaikutus ja teoreettisten ”työkalujen” käyttö ovat kehittämistyön tulosten syntyyn vaikuttavia mekanismeja. (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 48- 49.)



Kuvio 10. Keravan terveyskeskuksen kehittämistyön vaikuttavuuden arviointi realistisen arvioinnin viitekehyksessä. (Mukaiillen Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 50.)

Tämän kehittämistyön arvioinnin erityiseksi haasteeksi ilmeni konkreettisen tiedon turvaluokituksesta johtuva rajoitettu käyttöoikeus, jolloin julkaistava arviointi koskee ainoastaan yleistä kehittämistyötä ja tällöin konkreettiset toiminnalliset saavutukset jäävät salaisiksi. Haastetta lisäsi myös suunnitellun toiminnan toteutuksen harvinaisuus. Koska toiminnot eivät olleet päivittäisiä, niiden tutkiminen ja arvioiminen on erittäin haasteellista. Kehittämistyön prosessissa ei ole välttämätöntä tuottaa suuria tuloksia, vaan pienetkin muutokset ajattelussa ja ymmärryksessä ovat tärkeitä (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 93). Kuviossa 10. kuvataan tuloksia ja niihin vaikuttaneita mekanismeja. Toiminnan kehittämisessä kontekstina toimi systemaattisesti johdettu kehittämistoiminta ja aktiivisesti toiminut ja motivoitunut henkilökunta. Muutokseen vaikuttaneita mekanismeja olivat kehittämistilanteissa olevat mekanismit, kuten ydinryhmätoiminta ja vuorovaikutus. Toisaalta mekanismien osana kuvataan myös syntyneitä mekanismeja kuten kehittämistyön merkitys ja johtajuus. Tulokset kuvaavat uuden osaamisen muodostumista ja työprosessien kehitystä organisaation tasolla (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012, 50- 51.)

Juurruttamismenetelmän soveltaminen käytäntöön edellyttää aiempien hoitotyönkehittämisprojektien mukaan erilaisia työyhteisön ja muiden organisaatioiden osallistujien yhteistyötä useita eri menetelmiä käyttäen. Juurruttaminen voidaan käynnistää, kun kehittämiskohde ja tavoite on selvitetty. Tosin tulee huomioida, että tavoitteet ja kehittämiskohde saattavat muokkaantua projektin aikana työyhteisön tarvitsemaan suuntaan (Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Silvennoinen 2007.) Tämän kehittämistyö aikana muutos tapahtui luennossa kuvatun ja toimintoihin suunnitellusta traumatiimi ajattelumallista yleisiin AllHazard -toimintoihin, jolloin yksittäisen hoitohenkilökunnan toimijan rooli jäi vähäiseksi ja yleiset toiminnot korostuivat. Muutosten syinä olivat aikataulun rajallisuus ja työn laajuus sekä kyselytutkimuksessa ilmennyt tieto henkilökunnan vahvasta työkokemuksesta, jolloin olettamuksena oli henkilökunnan käytännön taitojen olevan kyllin hyvä kriisitilanteissa toimimiseen. Toiminnoissa siis keskityttiin enemmän yhteistoimintaan sekä terveyskeskuksen sisällä että eri organisaatioiden väliseen yhteistyöhön.

Kehittämistyössä motivoinnin ja sitouttamisen merkitys on suuri. Alkutilanteessa esimiehen motivoinnilla oli merkittävä rooli kehittämistyön onnistumisessa. Osastonhoitaja osallistui kehittämistyön alkuvaiheen toimintoihin kuten ydinryhmän muodostamisessa, kyselytutkimuksen järjestämisessä, henkilökunnan työvuorojen aikatauluttamisen ja käytännön järjestelyiden hoitamisessa. Yhteisissä keskusteluissa ilmenneiden asioiden perusteella osastonhoitajan tiedostaminen olemassa olevan valmiussuunnitelman puutteista, ulkopuolinen apu kehittämisen käynnistämiseen ja teorian tiedon yhdistelmä oli ratkaiseva muutosvoima kehittämistoiminnan aloittamiseen.

Ydinryhmätoiminnan juurtumisen yhtenä arviointimenetelmänä käytettiin ydinryhmä tapaamisten osallistumisprosenttia. Korkea osallistumisprosentti viittaa onnistuneeseen sitouttamiseen tehtävässä ja motivaation kasvattamiseen onnistumiseen. Koska osallistumisprosentti kasvoi tapaamisten edetessä, syksyn osallistumisprosentin (ka. 75%) ja kevään osallistumisprosentin (ka.100%), voidaan olettaa kehittämistyön kiinnostavuuden ja motivaation kasvaneen työn aikana.

Myös motivaatioluento oli tärkeä. Rakenteellisesti luento oli onnistunut ja sisältö asianmukaista. Tämä heijastui kyselytutkimuksessa, sillä kysymysten testausvaiheessa ilmenneitä kriisitilanteisiin liittyvissä käsitteissä olevia epäselvyyksiä ei kyselytutkimuksessa ilmennyt lainkaan (kappale 6.2.1 Tulokset). Myös luennon aikataulu piti ja rytmitys oli luontevaa kolmi-osaisen rakenteensa ansiosta. Ulkopuolisen asiantuntijan käyttö luennon rakenteen luomisessa ilmeisesti hyödytti tavoitteen saavuttamista eli pyrkimystä henkilökunnan sitouttamiseen. Perusteena onnistuneeseen sitouttamiseen voidaan pitää myös kyselytutkimuksen suurta vastausprosenttia, aktiivista osallistumisprosenttia ydinryhmätoiminnassa ja työn etenemistä aikataulullisesti. Mittarina motivoinnin onnistumisessa käytän edellä kuvattujen ydinryhmätapaamisten osallistumisprosenttia, jotka kuvaan jokaisessa ydinryhmätapaamisen sisällön kuvauksen kohdassa. Ydinryhmän osallistumisprosentin keskiarvoksi saatiin noin 80 prosenttia ja mediaaniksi 75 prosenttia. Näin korkea osallistumisprosentti pitkäjätkoisessä työssä on vaikuttaa erittäin positiiviselta tulokselta.

Juuruttamisen peruspilareina toimivat muutosprosessi, johtajuus ja vuorovaikutus. Näiden lisäksi ajan ja resurssien hyvä hallinta edesauttaa muutoksen läpiviemisessä (Ahonen, Orayhytiäinen & Partamies 2012, 24). Kokonaisuudessaan kehittämistyö oli onnistunut. Motivointi ja osallistuminen uuteen kehittämistyöhön olivat aktiivista. Käytännön muutoksia syntyi huomattavasti ja kokonaisuudessaan suunnitelma oli toimiva. Määrättyjä toimintoja otettiin uudelleen tarkasteluun työyhteisön toimesta, jonka perusteella voidaan todeta kehittämis-toiminnan juurtumista työyhteisöön ainakin osittain tapahtuneen. Ydinryhmätoiminnasta syntyi uusi yhteistyörakenne osastosihteerin, terveydenhuollon johtajan ja ydinryhmäläisten välille. Vuorovaikutus oli avointa ja tiedottaminen toimi hyvin koko kehittämistyön aikana. Tehtävännannot tehtiin eikä epäselvyyksiä roolijaosta ydinryhmätoiminnassa ilmennyt. Yhteinen päämäärä oli selkeä, vaikka näkemyseroja toiminnoista olikin. Hyvä vuorovaikutuksellinen ilmapiiri tuki yhteisöllistä oppimista eikä selkeitä ristiriitoja ilmennyt ydinryhmätapaamisissa. Arviointimenetelmänä tässä työssä käytettiin myös ydinryhmätapaamisissa käytyä reflektiivistä keskustelua. Tiiviissä vuorovaikutuksessa ilmenneitä osa- alueita liitettiin kokonaisarviointiin tueksi.

Ongelmaksi kehittämisessä nousi aiheen monimuotoisuus. Kuten mm. Hellenberg ym 2011 kirjassaan "Myrskyn silmässä- Suomi ja uudet kriisit" toteaa, yhtenäistä AllHazard suunnitelmaa

ei ole kyetty luomaan tilanteiden monimuotoisuuden ja niihin erityyppisten reagoitien vuoksi. Kehittämisessä toimintojen jatkuva lisääntyminen vaikeutti toimintojen rajaamista. Professori Virkkunen esittää kehittämistyön murroksesta 2007 tehdyssä lehtiartikkelissa Hubbaridin ym. (2006) tekemän Yhdysvaltaistutkimuksen koulu- uudistuksesta. Siinä tutkijat toteavat että kun järjestelmän osaa muutetaan, silloin muutos heijastuu kokonaisuudessaan järjestelmän toimivuuteen ennakoimattomalla tavalla (Virkkunen 2007.) AllHazard -tyyppinen suunnitelma jäi siis osin toteutumatta jatkuvasti uusien toimintojen lisäyksestä johtuen. Toimintojen käynnistäminen ja yleinen toiminta oli suunnitelmassa vahvin alue, mutta poikkeuksellisiin erityistilanteisiin vastaaminen säilyi edelleen haasteena.

Monitahoinen virkamiesyhteistyö viivästytti joitakin kehittämistyön osa-alueiden etenemistä ja näin ollen määrättyjen päätösten tai hankintojen kohdalla asiat ovat tätä kirjottaessa vielä kesken. Viivästyksissä erottui selkeästi eri profession omaavien virkamiesten toimintakulttuuri. Nopean toiminnan aloilla, joissa työkuultuuri perustuu nopeaan reagointiin (mm. hätäkeskus), yhteydenpito ja asioiden päättäminen sujui nopeasti. Koska terveydenhuollon innovaatioita valvotaan tarkasti, oli tiivis virkamiesyhteistyö välttämätöntä. Yhteistyöhön asiantuntevien tahojen kanssa auttaa ehkäisemään mahdolliset virheet ja turvaamaan kehittämistyön laadun varmistamisen kannalta. (Kivisaari, Kortelainen & Saranummi 1999, 8-9.)

Keskeisinä tuloksina ydinryhmän toiminnasta ja johtamisesta voidaan pitää uuden kehittämiseen liittyvän toimintatavan muodostuminen Keravan terveyskeskukseen. Erityisesti moniammatillinen toimintaryhmä, jota vahvistetaan ulkopuolisilla asiantuntijoilla tarpeen mukaan, oli ydinryhmältä saadun suullisen palautteen mukaan onnistunut. Kriisitilanteiden toimintasuunnitelmaan kehitetään yhden ihmisen sijasta moniammatillisena ryhmänä. Myös tiedon kulku ja vuorovaikutus ryhmän avulla kehittyivät huomattavasti. Tämä näkyi selvästi omaehtoisena tiedon hakemisena ja jakamisena sähköpostin avulla ydinryhmäläisten kesken. Tiedon ja vuorovaikutuksen lisääntyessä vaikutukset heijastuvat positiivisesti juuri kyselytutkimuksessa esiin tulleisiin valmiussuunnittelun tiedottamisen ja tiedon kulussa ilmenneisiin ongelmiin (kappale 6.2.1).

Kehittämistyön aihe koettiin erittäin tärkeäksi ja sen haasteellisuus ymmärrettiin. Motivointi oli onnistunut ja ryhmän sitoutuminen tehtävään oli erinomainen. Suunnitelman pilkkominen osa-alueittain helpotti hyvin laaja-alaisen tehtävän hallitsemista. Juurruttamisen menetelmän avulla yksittäisen prosessin läpikäyminen tarkentui ja uusien toimintatapojen käyttöönotto mahdollistui. Huomattavana kehittämistyön tuloksena voidaan pitää myös johtamisen uudeelleen organisointi. Tilanteen johtaminen siirrettiin yksittäiseltä virkahenkilöltä tiimille, jolloin tilanteen hallintaan saatiin lisää resursseja. Johtamisen ja organisoinnin ongelmat olivat myös kyselytutkimuksen keskeisiä tuloksia (kappale 6.2).

Vaikka Keravan terveystieteiden kriisitilanteiden toimintasuunnitelma ei täyttänyt kaikkia alun perin mukana olleita kehittämistyön mukaisia tavoitteita, voidaan todeta Keravan terveystieteiden kriisitilanteisiin varautumisen toiminnan muuttuneen. Juurruttamisen menetelmä on auttanut selkeyttämään toiminnan kehittämisen merkitystä. Rakentuva uusi tieto ja siitä muodostunut uusi osaaminen, on aiheuttanut toiminnan muutoksia sekä kriisitilanteessa toimimiselle että kehittämiseen. Kehittämistyölle on nimetty uusi johtaja työn tekijän siirtyessä pois tehtävästä ja toiminnan suunnitteluja on ydinryhmän puolesta tehty. Henkilökunnan aktiivisuuden perusteella uskon yhteistyön muiden viranomaisten kanssa ja ydinryhmän toiminnan jatkuvan kevään 2013 jälkeen.

Tulevana kehittämisalueena olisi esimerkiksi kriisitilanteiden toimintasuunnitelman kehittäminen vielä enemmän AllHazard- suuntaan, jolloin mahdollisesti koko terveystieteiden valmiussuunnitelma pystyttäisiin luomaan yhden suunnittelumallin pohjalta. Toiminnan toistuva harjoittelu tulee olemaan ratkaisevassa asemassa uuden kriisitilanteiden toimintasuunnitelman toimivuudessa. Ydinryhmä toimintojen käyttö myös muissa kehittämishankkeissa saattaisi luoda uudenlaisen kehittämiskulttuurin terveystieteiden keskuksi.

Jatkotutkimusaiheena olisi seuranta tutkimus kriisitilanteiden toimintasuunnitelman kehityksestä. Tutkimuskohteena voisi olla kuinka ydinryhmätoiminta on jatkunut ja mihin suuntaan toimintasuunnitelma kehittyi. Mitkä ovat pitkäkestoisien kehitystyön vaikutukset kriisitilanteiden toimintasuunnitelmaan? Myös tutkimus kriisitilanteiden toimintasuunnitelman toimivuudesta autenttiossa tilanteessa antaisi näkökulmaa tämän työn toteutukseen.

8 Pohdinta

Filander 2000 toteaa väitöskirjassaan Suomesta puuttuvan lähes täysin työelämän muutosten kriittinen tarkastelu. Muutokset koetaan sosiaalisesti hyväksyttäväksi faktoiksi, jolloin kriittisyys mielletään muutosvastarinnaksi tai taantumukselliseksi ajattelutavaksi. Keravan terveystieteiden tilannetta ajatellen tämä näkökulma on tarkastelun arvoinen. Keravan terveystieteiden keskuksessa oli vuoden 2012 aikana kolme erittäin suurta organisaatiollista muutosta, mikä väistämättä vaikuttaa kehittämistyöhön. Jatkuva muutos ja kehittäminen vievät voimavaroja henkilöstön toiminnasta. Lähtötilanteessa yhtenä suurena huolenaiheena oli juuri motivaation ja jaksamisen riittävyys. Pyrin huomioimaan jaksamisen kehittämistyön parissa muodostamalla ydinryhmän toiminnan mahdollisimman henkilöstölähtöiseksi ja yksinkertaistamaan toiminnot selkeäksi kokonaisuudeksi. Osallistuminen ydinryhmätoimintaan perustui henkilökunnan omaan mielenkiintoon, käsiteltävät asiat pyrittiin luomaan mahdollisimman käytännönläheiseksi toiminnaksi ja asiantuntijoita hyödynnettiin runsaasti. Aikataulut ja tehtävien resursointi suunniteltiin nimenomaan henkilöstön toiveiden ja suunnitelmien mukaan. Motivointi ja

kannustaminen muutoksen tekemiseen oli tämän työn yksi suurimmista ja onnistuneista haasteista.

Vaikka Filanderin väitöskirja on vuodelta 2000, on se ehkä ajankohtaisempi kuin koskaan. Hänen kuvaamat kehittämistyön mallit ja organisaatiomuutokset ovat tätä päivää ja samaan Filanderin käyttämään kuvaukseen ”kaunis tarina” uskotaan edelleen. Uskoisin, ettei Suomessa ole montakaan organisaatiota jossa kehittämistyötä ei tehtäisi. Filanderin kuvaamat kehittämistyötä tekevät kehittämisen supersankarit, joiden pääasiallinen toimi ei ole asiantuntijudessa, vaan motivoimisen ja muutoksen käynnistämisen luomisessa, luovat jatkuvasti uusia toimintamalleja organisaatioihin (Filander 2000,41- 42.)

Tampereen yliopiston tutkijatohtori Hanna Kuusela ja väitöskirjatutkija Matti Ylönen Kuusela julkistavat maaliskuun 2013 aikana kirjan ”konsulttidemokratia- Tutkimus konsulttien ja julkishallinnon suhteesta”. Heidän mukaansa toimintojen nopea tehostaminen on lisännyt julkishallinnon kustannuksia erityyppisten konsulttipalvelujen myötä ja ajoittain vähintäänkin kyseenalaisten tulosten tulisi herättää ajattelua toimintojen kehittämisen menetelmistä. Helsingin Sanomissa pääkirjoituksessa kuvatun Kuuselan ja Ylönen Kuuselan tutkimuksen mukaan ”Kustannusten lisäksi suoranaiseksi vaaraksi on avointen poliittisten päätösten julkisuuden muuttuminen liikesalaisuuksiksi. Konsulttipalvelujen toistuva ja perusteeton käyttö vaarantaa myös hiljaisen tiedon ja asiantuntemuksen. Kun sekä hankkeet että niiden arviointi on ostettu ulkoa, oppiva organisaatio ja asiantuntijuus ovat vaarassa.” (Helsingin Sanomat 29.3.2012.) Kyseinen aihe on erityisen tärkeää huomioida juuri kriisitilanteiden suunnittelussa ja yhteiskunnallisten elintärkeiden toimintojen turvaamisessa. Voidaanko kyseisiä toimintoja suunnitella ja hoitaa ulkoisten konsulttien toimesta. Jos voidaan, miten huomioidaan liikesalaisuudet, virkamiessalaisuudet ja organisaation asiantuntijuus?

Beerin, Einstatin ja Spectorin 1990 tekemä laaja tutkimus kehittämisohjelmista yrityksissä osoittaa, että kehittämistyöt epäonnistuvat hyvin usein. Syyksi he toteavat riittämättömäksi jäävät analyysit todellisesta tarpeesta ja abstraktit tavoitteet. Huomiotta jää tällöin käytännön toiminnan toteuttamisessa ilmeneviä ehtoja ja sidoksia. Seurauksena on ettei kehittämistyö saavuta tavoitteita tai pahemmassa tapauksessa ne saattavat johtaa toiminnan lähtötilanetta huonompaan tilanteeseen. (Beer, Einstat & Spector 1990, 158-165.) Onko siis perusteltua, että aikaisemmat professionaalisuuden ja syvän tiedon rakenteet, jotka kehittyvät ja muuttuvat hitaasti, korvataan nykyajan nopealla ja ainakin näennäisesti tehokkaalla kehittämistyöllä? Ovatko vanhat toiminnot, byrokraattiseksi ja jäykäksi toiminnoiksi kuvatut järjestelmät, jääneet auttamatta kehityksen jalkoihin? Onko siis perusteltua että ammattikorkeakoulussa opiskelevat tuhannet opiskelijat tekevät vuosittain runsaasti kehittämistöitä eri organisaatioissa konsulttien tavoin? Kyseenalaistaminen kohdistuu myös kehittämistyön edellytyksiin, onko opiskelija asiantuntija työn kehittämisessä? Tuntevatko opiskelijat menetelmät

riittävän hyvin? Nykyaikaisen etäopiskelun kulttuurissa, entistä enemmän teorioiden ja menetelmien hallinnan osaaminen jää opiskelijoiden harteille. Jos menetelmien hallinta on puutteellista tai jopa virheellistä, saattaa se aiheuttaa organisaatiolle vakaviakin seuraamuksia, kuten kustannusten lisäystä tai toimivuuden heikentymistä (Beer, Einstat & Spector 1990, 159). Vaikka kehittämistyötä pyritäänkin usein tekemään juuri työntekijöiden ja ammattilaisten kanssa, tulee kehittämisessä mielestäni aina pohtia sen lähtökohtia ja tarvetta kriittisesti.

Muutokset laissa ja yleisen mielipiteen vaatimusten lisääntyminen aiheuttavat muutospaineita niin julkishallinnossa kuin organisaatioissa. Ihmisten tietämys lisääntyy ja samoin vaatimustaso. On selvää, että vuosikymmeniä sitten luodut toiminnot eivät vastaa nykyajan vaatimuksia, vaan niitä tulee kehittää. Toimintojen kehittäminen on myös inhimillisesti ja sosioekonomisesti järkevää. Tällöin varmistetaan paremmat mahdollisuudet selviytyä monimuotoisista tilanteista sekä nopeuttaa tilanteista toipumista. Kehittämistyötä tukee ajatus myös itse kehittämistyön kehittämisestä. Tällöin eri toimintojen ja muutosten aikaansaaminen samantyyppisillä toiminnoilla voisi edesauttaa jatkuvasti muuttuvaa organisaatiota. Kun kehittäminen prosessina muuttuu paremmaksi, myös tulosten voidaan olettaa paranevan. Erittäin tärkeänä kehittämistyössä on huomioida kuka kehittämistyötä tekee ja millä perustein. Tästä syystä pyrin tässä kehittämistyössä antamaan henkilökunnalle valtauttamisen avulla mahdollisimman suuren roolin toimintojen suunnittelussa.

Kriisitilanteiden hallintaa on vasta viime vuosikymmenten aikana ryhdytty vakavasti kehittämään. Valitettavasti edelleen kriisitilanteiden hallinta on jakautunut eri organisaatioiden ja ammattikuntien välille omiksi, kenties hieman sulkeutuneiksi, toimialoiksi. Edelleen entiset professioiden kautta määritellyt hierarkiset järjestelmät hidastavat joustavaa toimintaa ja avointa vuorovaikutusta. Kommunikaatio-ongelmat ja johtosuhteiden määrittely on edelleen nykyaikana suuri yksittäinen ongelma kriisitilanteissa. Mielestäni moniammatillisilla suunnitteluryhmillä, yhteisillä koulutuksilla ja tiiviillä yhteistyöllä olisi mahdollista vähentää ristiriitaitilanteita.

Keravan kriisitilanteiden toimintasuunnitelman luominen oli käytännössä moniosainen prosessi, jossa juurruttamisen menetelmällä pyrin saamaan kriisivalmiuden kehittämisen pysyväksi toiminnaksi terveyskeskuksen toiminnassa. Toimintaa ohjasi tiivis yhteistyö asiantuntijoiden, Keravan terveyskeskuksen henkilökunnan ja -yhteistyökumppaneiden kanssa. Ydinasiana oli henkilökunnan itsensä kehittämä, oman työhön liittyvien toimintojen kehittäminen. Tällöin juurruttaminen antoi aikaa työyhteisölle ja mahdollisuuden käsitellä toimintoja helpommin käsiteltävinä osiina. Kehittämistyössä saavutettiin paljon edistysaskelleita toimintavalmiudessa ja yhteistyössä ja samalla muodostui myös uusia haasteita. Positiivisena näkökulmana toiminnoissa olivat sekä henkilökunnan että yhteistyökumppaneiden vilpityn yhteistyöhalu ja motivaatio varautumiseen liittyvien asioiden kehittämisessä. Kehittämistyö oli mielestäni ko-

konaisuudessaan onnistunut ja uskon kriisivalmiuteen tähtäävän toiminnan kehittämisen jatkuvan Keravan terveyskeskuksessa.

Erityiskiitokset esitän Keravan terveystoimen johtajalle Minna Heleniukselle, Helsingin kaupungin työterveyspsykologi Hanna Valkoselle, yleisen kirjallisuustieteen yo Johanna Holopaiselle, osastonhoitaja Anita Putkoselle sekä lehtori Aliisa Karlssonille väsymättömästä tuesta ja ohjauksesta.

LÄHTEET

Ahonen, Ora- Hyytiäinen & Partamies 2012. Hoitotyön Kehittäminen Juurruttamalla. Laurea julkaisut. Vantaa

Ahonen, O. Ora- Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2006 Juurruttamalla Hoitotyön Kehittämiseen, Pro terveys. Helsinki

Ahonen, O. Ora- Hyytiäinen, E. & Silvennoinen, P. 2005. Yhdessä kirjoittaminen. Teoksessa: Liisa Vanhanen-Nuutinen & Pirjo Lambert (toim.). Hankkeesta julkaisuksi. Edita Helsinki

Beer, M. Einstat, R.A & Spector, B. 1990. Why change programs don't produce change. Harvard Business Review. 68(6)/1990.

Commonwealth of Australia 2009. Australian emergency management arrangements. The Attorney General's dept.

Dyregrov, A. 1993. Katastrofipsykologian perusteet. Vastapaino. Tampere

Emergency Operation Center, 2011. Standard Operation Procedures. Viitattu 21.2.2013 http://emergency.unt.edu/documents-_Emergency_Operations_Center_SOP.pdf

Ekman, S. & Söder, J. 2006. Suuronnettomuus. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T. & Söder, J. (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Duodecim.

FEMA Federal Emergency Management Agency 1996. Guide for All-Hazard Emergency Operations Planning. Washington DC, USA

Filander, K. 2000. Kehittämistyö murroksessa- sitoutuminen, sopeutuminen ja vastarinta julkisella sektorilla 1990- luvulla. Tampereen yliopisto, väitöskirja. Tampere

Heikkilä, A-M., Murtonen, M., Nissilä, M. & Virolainen, K. 2007. Riskianalyyseiden laatu: Vaatimukset tilaajalle ja toteuttajalle" VTT-tutkimusraportti Nro VTT-R-03718-07.

Helakorpi, S. 1999. Ammattitaito ja sen analysointi. Hämeen ammattikorkeakoulu. Julkaisut http://openetti.aokk.fi/sisu2/uusiopekk/ammattitaito_PDF.pdf

Helakorpi, S. 200. Työ ja ammattitaito. Hämeen ammattikorkeakoulu. Julkaisut <http://openetti.aokk.hamk.fi/seppoh/osaamismittarit/Tyo%20ja%20ammattitaito.pdf>

Hellenberg, T. Talvitie, H. Visuri, P. Volanen, R. 2011, Myrskyn silmässä- Suomi ja uudet kriisit. WSOYpro oy. Jyväskylä

Helsingin Sanomat 29.3.2012. Uutiset/ Pääkirjoitus, Vieraskynä. "Konsulteista on tullut maan tapa". Viitattu 18.3.2013. <http://www.hs.fi/paakirjoitukset/Konsulteista+on+tullut+maan+tapa/a1305558791300>

Hynninen, T. 2009. Psykososiaalisen tuen ja palveluiden nykytilanne Suomessa. Teoksessa Leppävuori A., Paimio S., Avikainen T., Nordman T., Puustinen K., & Riska M., (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Tammi. 15-24.

Keravan kaupunki 2013. Keravan kaupungin kotisivut. Viitattu 10.1.2013. www.kerava.fi

Kinnunen, A. 2005. Monipotilastilanteet. Teoksessa Castrén, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. Ensihoidon perusteet. 3. painos. Kuopio: Pelastusopisto, Helsinki: Suomen Punainen Risti. 199-222.

Kivisaari, S. Kortelainen, S. & Saranummi, N. 1999. Innovaatioiden juurruttaminen terveydenhuollon markkinoilla. Tekes. Helsinki

Korhonen, H., Lukkarinen, K., Marjanen, T. 2006. Toiminta terveystieteissä. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T., & Söder, J. (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Duodecim. 94-105.

Korhonen, J. 2010. Kunnan kriisivalmius. Pelastusopiston julkaisu A-sarja: Oppimateriaalit 1/2010. Viitattu 24.10.2011. http://info.pelastusopisto.fi/kirjasto/Sarja_A/A1_2010.pdf

Koskinen, P. 2009. Sairaanhoidopiirin lääkinällinen valmiusjärjestelmä - kriittiset tekijät. Teoksessa Leppävuori A., Paimio S., Avikainen T., Nordman T., Puustinen K., & Riska M., (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Tammi. Helsinki

Kuisma, M., Holmström, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Jyväskylä: Gummerus.

Kuntaliitto. 2009. Varaudu. Opas kunnan viestintään kriisi- ja erityistilanteissa. Viitattu 28.10.2012. http://shop.kunnat.net/product_details.php?p=306

Kuula, A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu]. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>. (Viitattu 29.12.2012)

KäypäHoito 2009. Traumaperäiset stressireaktiot ja -häiriöt Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Viitattu 15.1.2013 <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50080.pdf>

Lauslahti, S. 2007 Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Kauppa- ja hallintotieteiden tiedekunta Tampereen yliopisto, Väitöskirja. Tampere

Lehtomäki, L. 2009. Valtakunnallisia suosituksia terveystieteiden talon tavoiksi. lääketieteellisen tiedekunnan väitöskirja. Tampereen yliopisto. Tampere

Lähdesmäki, K. 2003. New Public Management ja julkisen sektorin uudistaminen. Hallintotieteen väitöskirja. Vaasan Yliopisto. Vaasa

Nonaka, I. & Takeuchi, H. 1995. The Knowledge-Creating Company. Teoksessa Ahonen, Ora-Hyytiäinen & Partanen 2012. Hoitotyön Kehittäminen Juurruttamalla. Laurea julkaisut. Vantaa

Oikeusministeriö 2010. Julkaisut. Viitattu 28.7.2012 <http://www.om.fi/fi/index/julkaisut.html>

Pelastuslaki 29.4.2011/379. Helsinki: Oikeusministeriö, Finlex-palvelu. Viitattu 3.11.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>

Peltola, J. 2009. Tiedottamisen periaatteet poikkeustilanteessa. Teoksessa Leppävuori, A., Paimio, S., Avikainen, T., Nordman, T., Puustinen, K., Riska, M. (toim.) Suuronnettomuustilanteiden kriisityö. Helsinki: Tammi, 56-59.

Ponteva, M. 2006. Psykososiaalinen tuki. Teoksessa Castrén, M., Ekman, S., Martikainen, M., Sahi, T., & Söder, J. (toim.) Suuronnettomuusopas. Helsinki: Duodecim. 123-134.

Puolustusneuvosto 1999. Varautuminen yhteiskunnan häiriötilanteisiin ja poikkeusoloihin. 1. painos. Helsinki: Puolustusneuvosto. Viitattu 2.11.2011. http://www.defmin.fi/files/349/675_varautuminen.pdf

Saari, S. 2003. Kuin salama kirkaalta taivaalta. Kriisit ja niistä selviytyminen. Kolmas uudistettu laitos. Helsinki: Otava.

Saari, S., Kantanen, I., Kämäräinen, L., Parviainen, K., Valoaho S., & Yli-Pirilä, P. (toim.) 2009. Hädän hetkellä. Psykkisen ensiavun opas. Helsinki: Duodecim.

Sanastokeskus STK ry 2009. Varautumisen ja väestönsuojelun sanasto. Savion kirjapaino oy, Kerava

Sarajärvi, A. Mattila L-R. & Rekola L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta- avain hoitotyön kehittämiseen. 1. Painos. WSOYpro, Helsinki

Seeck, H., Lavento, H. & Hakala, S. 2008. Kriisijohtaminen ja viestintä. Tapaus Nokian vesikriisi. ACATA nro 206. Helsinki: Kuntaliitto.

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2002. Terveysturvallisuuden valmiussuunnitteluopas. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2002:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 24.10.2011. <http://pre20031103.stm.fi/suomi/hao/julkaisut/stmopas2002-15.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lääkkeiden velvoitevarastointijärjestelmän uudistamistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.10.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3506.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2006a. Sosiaali- ja terveydenhuollon varautuminen erityistilanteisiin. Sosiaali- ja terveysministeriö esitteitä 2006:5. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 20.10.2011. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-7208.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b. Psykososiaalinen tuki ja palvelut suuronnettomuudessa. Asiantuntijatyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:81. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 8.8.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1169639948765/passthru.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö, 2009. Traumaattisten tilanteiden psykososiaalinen tuki ja palvelut. Työryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2009:41. Viitattu 24.10.2011. www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1435668

Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. asetus ensihoitopalvelusta 340/2011. Oikeusministeriö, Helsinki. Finlex-palvelu. Viitattu 24.10.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/kokoelma/2011/20110340.pdf>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Kehittämishjelmat ja hankkeet. Viitattu 14.11.2012. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamishjelmat_ja_hankkeet

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä Viitattu 20.1.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5069262&name=DLFE-20819.pdf

SPEK, Suomen pelastusalan keskusjärjestö 2009. Varautumisen ja väestönsuojelun sanasto. Sanastokeskus TSK. Helsinki

Spolander, G. 2011 "Neoliberalism- Sosial Welfare Impact"-luentomateriaali 2011 Coventry University, UK. Luento 8.10.2011 Hyvinkää

Terveysturvallisuuslaki 30.12.2010/1326. Oikeusministeriö, Helsinki. Finlex-palvelu. Viitattu 24.10.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveydensuojelulaki 19.8.1994/763. Helsinki: Oikeusministeriö, Finlex-palvelu
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940763?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydensuojelu>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Turvallisuustutkintalaki 525/2011. Oikeusministeriö, Helsinki. Finlex-palvelu. Viitattu 4.11.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110525?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=turvallisuustutkinta>

The Attorney General Department 2009. Emergency Management. Australian Government, Barton act. Viitattu 2.8.2012.
<http://www.ag.gov.au/EmergencyManagement/Pages/default.aspx>

Tikka M., Hakala, S. & Pedak, M. 2010. Kriisi, SPR ja mediayhteiskunta. Suomen Punaisen Ristin organisoituminen kotimaisissa kriiseissä. CRC: Viestinnän tutkimusraportteja 1/2010. Viitattu 24.10.2011. www.helsinki.fi/crc/Julkaisut/SPR_raportti.pdf

Vainikainen, K. 2012. Päivystysasetus takaa laadun. artikkeli. 26.11.2012 sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 3.12.2012. <http://www.stm.fi/ylakulma/artikkeli/-/view/1843477>

Valmiuslaki 22.7.1991/1080. Oikeusministeriö, Helsinki. Finlex-palvelu. Viitattu 3.11.2011.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1991/19911080>

Valtioneuvoston periaatepäätös. 16.12.2010. Yhteiskunnan turvallisuusstrategia. Viitattu 28.10.2011.
http://www.yett.fi/fi/materiaalit/doc_details/24-yhteiskunnan_turvallisuusstrategia

Velvoitevarastointilaki 1114/2008. Oikeusministeriö, Helsinki. Finlex-palvelu. Viitattu 23.08.2012. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2008/20081114>

Virkkunen, J. 2007. Kehittämistyön murros sosiaalialalla: hankekehittämisestä rajat ylittävään konseptikehittämiseen. Helsingin yliopisto.

WHO, World health Organisation 2011. Hospital Emergency response checklist. WHO regional office for Europe Copenhagen, Denmark.

Liitteet

Liite 1 Kyselytutkimuskaavake

Liite 2 Motivointiluennon rakenne Keravan terveyskeskuksen henkilökunnalle 28.9.201

Liite 3 Ydinryhmätapaamisten raporttipohja

Liite 1 Kyselytutkimuksen kaavake

Arvoisa kyselyyn osallistuja,

Tämä kysely on osa Keravan terveyskeskuksen kriisivalmiuden kehittämisen projektia.

Projektin tarkoituksena on luoda hyvin toimiva käytäntö Keravan terveyskeskuksen sisäiseen toimintaan kriisi- ja erityistilanteissa (mm. monipotilas ja suuronnettomuustilanteissa). Projekti on Laurea ammattikorkeakoulun, kriisi- ja erityistilanteiden johtaminen, sairaanhoitaja YAMK koulutuksen opinnäytetyöni.

Tällä kyselyllä pyrin saamaan tietoa Keravan terveyskeskuksen henkilökunnan ammatillisista - ja koulutuksellisista resursseista kriisi- ja erityistilanteissa. Jokainen vastaus on hyvin tärkeä ja mahdollisimman moni vastaus antaa työkalun tulevan toiminnan suunnitteluun.

Vastaukset käsitellään anonyymisti ja hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen. Vastauksista tehdään yhteenveto jota käytetään valmiussuunnitteluryhmän suunnittelu toiminnoissa sekä materiaalina opinnäytetyössäni.

Vastaukset tulee palauttaa vastauslaatikoihin, jotka sijaitsevat Keravan terveyskeskuksen ("vanhan puolen") kahvihuoneessa, perjantaihin 12.10.2012 mennessä.

Lämmin kiitos osallistumisestasi,

Turkka Oksanen

Kerava 28.9.2012

Lisätietoja saatte:

Turkka Oksanen

Sairaanhoitaja, YAMK-opiskelija

turkka.oksanen@laurea.fi

Kriisi- ja erityistilanteiden johtaminen, YAMK.

Laurea Hyvinkää

Vastaa seuraaviin kysymyksiin

1. Ikä: _____

2. Koulutus: _____

3. Ammatti: _____

4. Työpiste: _____

5. Nykyisen ammatin työkokemus (rastita oikea vaihtoehto):

< 2 vuotta

2- 5 vuotta

6-10 vuotta

yli 10 vuotta

6. Aikaisemmat ammattitutkinnot: _____

(jos on)

7. Muu työkokemus (miltä alalta): _____

8. Aikaisemman ammatin työkokemus vuosissa (rastita oikea vaihtoehto)

Ei ole

< 2 vuotta

2-5 vuotta

6- 10 vuotta

yli 10 vuotta

9. Oletko työskennellyt akuuttisairaanhoidossa? (mm. päivystyksessä, teho-osastolla, leikkausosastolla, sairaankuljetuksessa tai muussa akuuttihoiton yksikössä)

kyllä ei

(jos vastasit ei, siirry kohtaan 10. Jos vastasit kyllä, jatka seuraavaan kysymykseen)

9b) Jos olet niin missä (sairaala ja yksikkö/osasto)?

9c) Työkokemus akuuttisairaanhoidosta?

___ v ___ kk

10. Opiskeletko tällä hetkellä?

kyllä ei

(jos vastasit ei, siirry kohtaan 11. Jos vastasit kyllä, jatka seuraavaan kysymykseen)

10b) jos opiskelet niin mitä (koulutuksen nimi)?

10c) oppilaitos?

11. Oletko suorittanut suonensisäisen lääkkeenantoluvan (i.v- lupa)?

kyllä ei

(jos vastasit ei, siirry kohtaan 12. Jos vastasit kyllä jatka seuraavaan kysymykseen)

11b) Jos olet, missä ja milloin (sairaala ja vuosiluku-xx)?

12. Oletko suorittanut viimeisen viiden vuoden aikana akuuttisairaanhoidon/akuuttilääketieteeseen kuuluvia kursseja tai koulutuksia?

kyllä ei

(jos vastasit ei, siirry kohtaan 13. Jos vastasit kyllä jatka seuraavaan kysymykseen)

12b) jos olet niin mihin (rastita oikea vaihtoehto):

akuuttilääketieteen/ -hoidon	<input type="checkbox"/>
ensihoidon	<input type="checkbox"/>
kriisityön	<input type="checkbox"/>
Muu *)	<input type="checkbox"/>

*) mikä (kurssin nimi)? _____

12c) Kurssin kesto _____ tuntia

(Rastita oikea vaihtoehto)

13. Oletko saanut koulutusta

*valmiussuunnitteluun

kyllä ei

* kriisitilanteisiin varautumiseen

kyllä ei

*suuronnettomuustilanteisiin?

kyllä ei

14. Oletko osallistunut suunnittelu-/projektityöhön koskien...

*valmiussuunnittelua kyllä ei

*varautumista kriisintilanteisiin kyllä ei

*suuronnettomuustilannetta kyllä ei

15. Onko yksikössäsi valmiussuunnitelmaa? kyllä en tiedä ei

16. Oletko perehtynyt voimassaolevaan valmiussuunnitelmaan? kyllä ei

17. Onko sinulla kokemusta toimia kriisi- ja erityistilanteissa? kyllä ei

(jos vastasit ei, siirry kohtaan 19. Jos vastasit kyllä jatka seuraavaan kysymykseen)

18. Kuvaile millaista kokemusta?

19. Millaisia ammatillisia vahvuuksia sinulla on toimia kriisi- ja erityistilanteissa?

20. Miten haluaisit ammatillisesti kehittyä toimiaksesi kriisi- ja erityistilanteissa?

21. Nimeä tärkeysjärjestykseen asiat mitä mielestäsi kriisivalmiuden suunnittelussa erityisesti tulisi huomioida?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

22. Minkälaisiin kriisi- ja erityistilanteisiin Keravan terveyskeskuksen tulisi erityisesti varautua?

Kiitos vastauksista!

Liite 2 Motivointiluento Keravan terveystieteiden keskuksen henkilökunnalle 28.9.2012 (Luennon kulku, rakenne ja pääaiheet)

Sisällys:

osa 1

- Työn tausta
- Käsitteet
- Miksi kriisivalmiutta tulisi kehittää?
- Kriisivalmiutta ohjaava lainsäädäntö
 - valmiuslaki
 - pelastuslaki
 - terveydenhuoltolaki
 - tartuntatautilaki
 - ministeriöiden ohjeistukset

osa 2

- Miten kehitämme?
 - työn tavoite ja tarkoitus
 - menetelmän kuvaus
 - aikataulu
 - kyselytutkimus ja sen merkitys

osa 3

- Esimerkkitapaukset
- Nokian vesikriisi 2007
 - tapausesittely, tilanteen eteneminen, lopputulos ja johtopäätökset
- Kauhajoen koulusurmat 2008
 - tapausesittely, tilanteen eteneminen, lopputulos ja johtopäätökset
- Tapausten vertailu ja johtopäätökset

Loppusanat ja kysymyksiin vastaaminen

Liite 3 Raporttipohja ydinryhmätapaamisista

Keravan terveyskeskuksen kriisitilanteiden toiminnan kehittäminen
Ydinryhmätapaaminen (järjestysnumero) PVM

RAJATTU KÄYTTÖOIKEUS
Vain viranomaiskäyttöön

Osallistujat:

Aihe:

- *
- *
- *
- *

Päätökset:

- *
- *
- *
- *

Seuraava tapaaminen: