



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Toimintamalli sairaalan turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen

Iisakkila Rojas, Hanna

2015 Leppävaara

Laurea-ammattikorkeakoulu
Leppävaara

Toimintamalli sairaalan turvallisuus- ja pelastussuunnitelman
tekemiseen

Hanna Iisakkilä Rojas
Turvallisuusosaamisen
koulutusohjelma (YAMK)
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2015

Hanna Iisakkila Rojas

Toimintamalli sairaalan turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen

Vuosi

2015

Sivumäärä

62

Sairaalaympäristö on monimuotoisuudessaan erittäin haastava kohde turvallisuus- ja pelastussuunnittelulle. Miten saadaan koottua tiedot ja luotua toimintamallit niin, että jokainen henkilökuntaan kuuluva ne saisi tietoonsa ja sisäistäisi? Monesti tällaista työtä tehdään vielä oman kiireisen työn ohessa, jolloin sille ei välttämättä ole tarpeeksi aikaa, ja vaatimuksien selvittäminen voi olla hankalaa. Toinen vaihtoehto on palkata ulkopuolinen asiantuntija mutta silloin haasteena voi olla turvallisuus- ja pelastussuunnitelman saaminen tarpeeksi yksilöidyllä, koska ulkopuolinen ei voi käyttää rajattomasti aikaa päästäkseen perille toiminnan kaikista erityispiirteistä.

Pelastuslain uudistuminen 1.1.2011 antoi organisaatioille aikaa 1.7.2013 asti päivittää pelastussuunnitelmansa uuden pelastuslain mukaisiksi. Uuteen lakiin tuli tarkemmin määriteltyksi pelastussuunnitelman sisältöä ja sairaalan kannalta merkittävää on, että hoitolaitosten velvollisuudesta tehdä pelastussuunnitelma säädetään pelastuslaissa, kun kaikkien muiden suunnitelman tarvitsijoiden velvollisuudesta säädetään asetuksella. Pelastussuunnittelun tärkeyttä sairaaloissa ja muissa hoitolaitoksissa on näin korostettu jo lainsäädännöllä.

Tämä opinnäytetyö tehtiin tilauksesta tämän heinäkuisen takarajan lähestyessä. Työ toteutettiin konstruktivisena tutkimuksena, jonka tavoitteena on ollut luoda käyttökelpoinen toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi sairaalaan. Toimintamallin tarkoituksena on tarjota apua sairaalan omalle henkilökunnalle turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen, jotta suunnitelman tekeminen tai päivittäminen olisi jatkossa helpompaa. Toimintamallin testauksen yhteydessä tehtiin turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tilaajasairaallalle.

Menetelminä kehittämistyön tekemisessä on käytetty haastatteluja, benchmarkingia sekä havainnointia. Haastatteluilla syvennettiin kirjallisuudesta saatuja tietoja ja saatiin esille asiantuntijoiden näkemyksiä sairaalan suurimmista riskeistä. Benchmarkingia käytettiin eri pelastussuunnitelmapohjien vertailuun ja hyvien pelastussuunnittelukäytäntöjen löytämiseen. Havainnointia käytettiin erityisesti toimintamallin testausvaiheessa, eli suunnitelmaa tehtäessä.

Toimintamallin avulla saatiin tilaustyö eli turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tehtyä. Tehokkaan toimintamallin luominen oli haastavaa, koska toimintaympäristö on laaja, ja samassa kiinteistössä toimii useita organisaatioita. Kaikilla organisaatioilla on omanlaisensa toiminta- ja turvallisuuskulttuuri, joka vaikuttaa myös suhtautumiseen ja kiinnostukseen kiinteistön yhteisiä asioita kohtaan. Suunnitelman tekemistä suurempi haaste onkin saada kaikki saman katon alla toimivat organisaatiot ja niiden henkilökunta sitoutettua työskentelemään yhteisen turvallisuuden hyväksi turvallisuus- ja pelastussuunnitelman mukaan.

Asiasanat: pelastussuunnittelu, sairaalat, riskienhallinta

Hanna Iisakkila Rojas

A model to create a safety and emergency plan for a hospital

Year	2015	Pages	62
------	------	-------	----

The hospital environment with its complexity is very challenging for safety and emergency planning. How to collect the needed information and to create instructions as well as inform every member of personnel of them? In many occasions this task is conducted alongside the person's regular work. To find out all the needed information for emergency planning requires time and dedication. This information can sometimes be hard to find. Another option is to hire a specialist to do the job, but for an outsider it can be challenging to get all detailed information within a short period of time.

The legislation regarding emergency planning was renewed on 1.1.2011 and all emergency plans were to be updated by 1.7.2013. The new Rescue Act defines the requirements for the emergency plan better. For hospitals it is notable that the responsibility of having an emergency plan is written already in the Rescue Act while for other organizations the responsibility is written in a decree. This is how legislation alone is highlighting the importance of the emergency planning in hospitals and other care institutions.

This thesis was done by a customer's order. The thesis was conducted as a constructive research, the purpose of which was to prepare practical instructions in order to create a safety and emergency plan for the hospital. Based on the process a model was designed to help hospital personnel to make their own safety and emergency plan. The utility of the model was tested by making a safety and emergency plan for the hospital which ordered the work.

The methods used in this study were interviews, benchmarking and perception. Interviews were used to deepen the information gained from literature. They were also used to present experts' perspectives of hospital risks. Benchmarking was used to find best practices in emergency planning process and to compare emergency plan templates. Perception was used especially in the testing phase when making the safety and emergency plan for the hospital.

The ordered safety and emergency plan was made by following the model. Creating an efficient model was challenging because hospitals have a large variety of functions and there are many different organizations functioning in the same premises. All organizations have their own safety and security culture as well as organizational behavior which show also their interest in general matters of the premises. In these kinds of surroundings it is very challenging to get all the organizations and their personnel to work for the common goal of creating a safe working environment.

Keywords: emergency planning, hospitals, risk management

Sisällys

1	Johdanto.....	6
1.1	Tavoite.....	7
1.2	Tarkoitus	7
1.3	Rakenne	7
1.4	Rajaus.....	8
1.5	Työn keskeiset käsitteet	8
2	Sairaalaturvallisuus	8
2.1	Turvallisuussuunnittelu sairaalassa.....	9
2.2	Avoimuus	10
2.3	Paloturvallisuus.....	11
2.4	Uhkatilanteet asiakkaiden kanssa	14
2.5	Lääkkeisiin liittyvät riskit.....	16
2.6	Tietoturvallisuusriskit	17
2.7	Tapaturmat	18
3	Pelastussuunnittelu ja pelastussuunnitelma	19
3.1	Lain tuomat muutokset pelastussuunnitteluun	19
3.2	Pelastussuunnitelmasta turvallisuussuunnitelmaan.....	22
4	Opinnäytetyön tekemisestä.....	23
4.1	Konstruktiiivinen tutkimus kehittämistyön lähestymistapana	23
4.2	Konstruktiiivisen tutkimuksen prosessi	24
4.3	Aineistonkeruumenetelmät.....	26
4.3.1	Kehittämistyön tietoperusta	26
4.3.2	Teemahaastattelut	27
4.3.3	Benchmarking	28
4.3.4	Havainnointi	29
5	Kehittämistyön toteutus	29
5.1	Opinnäytetyöprosessin eteneminen	30
5.2	Toimintamallin luominen	31
5.3	Toimintamallin kuvaus	32
5.4	Mallin testaaminen.....	35
6	Kehittämistyön tulokset ja arviointi	39
7	Yhteenveto	40
7.1	Jatkotutkimusaiheita	41
7.2	Oma oppiminen.....	42
	Lähteet	43
	Kuviot.....	48
	Liitteet	49

1 Johdanto

Tämä työ sai alkunsa Herttoniemen sairaalan tilatessa uuden pelastuslain mukaisen pelastussuunnitelman omaan kiinteistöön. Uusittu pelastuslaki ja asetus pelastustoimesta asettavat aikaisempaa enemmän vaatimuksia hoitolaitosten pelastussuunnitelmalle ja aika päivittää pelastussuunnitelma lain vaatimissa rajoissa oli käymässä vähiin. Sairaalalla oli erillinen turvallisuuskansio muita turvallisuusohjeita varten, jonka he halusivat myös päivittää ja yhdistää samaan dokumenttiin pelastussuunnitelman kanssa, jotta kaikki turvallisuustieto olisi löydettävissä samasta paikasta.

Pelkkä turvallisuus- ja pelastussuunnitelma sellaisenaan ei olisi ollut tarpeeksi laaja opinnäytetyöksi, joten aiheeseen piti saada lisää syvyyttä. Toimeksiantajan pyyntö itsessään sisälsi jo vastauksen laajempaan aiheeseen. Miksi he halusivat ulkopuolisen tekemään suunnitelmaa, eivätkä tehneet sitä itse? Tietenkin kyseessä on työhön kuluva aika, joka on pois muista töistä mutta myös työn tekemiseen liittyvät vaatimukset ja kaiken tarvittavan tiedon etsiminen ennen suunnitelman laatimisen aloittamista. Tätä työtä voisi helpottaa, jos olisi olemassa sopiva toimintamalli turvallisuussuunnitelman tekemiseksi. Toimintamalleja kyllä on olemassa, mutta sairaala on sen verran erityisempi ympäristö, että kaikkia toimintamalleja ei voi hyödyntää siinä toimintaympäristössä. Suunnittelemalla toimintamallin turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen nimenomaan sairaalaan ja testaamalla sen saisin toimeksiantajan tämän hetken tavoitteen täytettyä. Jatkossa heidän olisi myös helpompi tehdä suunnitelma omin voimin.

Tärkeänä työvälineenä työtä tehdessäni oli Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen tekemä uusi opas ja mallipohja turvallisuus- ja pelastussuunnitelman laadintaan. (Bourdache 2013). Mallipohja on tarkoitettu Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveystieteiden hoitolaitoksille sekä palvelu- ja tukiasumiseen. Annetun pohjan ja ohjeiden mukaan oli tarkoitus saada turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tehtyä myös Herttoniemen sairaalaan. Oppaan luettuani luulin ensin oman aiheeni muuttuneen sen myötä turhaksi, koska totesin sen jo sisältävän hyvän toimintamallin turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi ja koin oman työni vain toistoksi. Kuitenkin ryhdyttyäni tekemään pelastussuunnitelmaa oppaan pohjalta huomasin varsin nopeasti, että se oli tehty nimenomaan palvelu- ja tukiasumiseen. Sairaalan tarpeisiin se ei kaikilta osiltaan vastannut ja tämän havainnon myötä omalle työlleni löytyi taas selvä suunta ja tarve.

1.1 Tavoite

Tällä kehittämistyön tavoitteena on luoda toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi sairaalaan. Malli tehdään Herttoniemen sairaalaan mutta tavoitteena on, että se soveltuisi myös mahdollisimman moneen muuhun sairaalaan. Toimintamallin testaamisen yhteydessä tavoitteena on saada tehtyä Herttoniemen sairaalalle turvallisuus- ja pelastussuunnitelma toimintamallia käyttäen.

1.2 Tarkoitus

Valtioneuvoston asetuksen pelastustoimesta (2011/407) mukaan pelastussuunnitelma on pidettävä ajan tasalla mutta mitään aikataulua ei anneta. Yleisenä käytäntönä on päivittää suunnitelmat vuoden välein. Tämä työ saattaa jäädä sairaalassa ja muuallakin sellaisen henkilön vastuulle, jolla ei välttämättä ole laajempaa näkemystä turvallisuusjärjestelyistä eikä kunnolla aikaa perehtyä aiheeseen omien työtehtäviensä ohella. Riskien arviointi on tärkeä osa pelastussuunnitelman tekemistä ja sitä tekemässä pitäisi olla työntekijöitä, jotka tuntevat parhaiten oman työpaikkansa riskit ja erityispiirteet (Siitonen 2006, 7). Myös Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen opas turvallisuus- ja pelastussuunnitelman laadintaan (Bourdache 2013) kehottaa muodostamaan monipuolisen arviointiryhmän. Riittävän monipuolisen ryhmän kokoaminen voi kuitenkin käytännössä sairaalassa olla varsin haastavaa, koska erilaisia toimintoja saattaa olla saman katon alla kymmeniä. Jotta kaikkien erityispiirteet tulisi huomioitua, kasvaa arviointiryhmän koko liian suureksi. Työn tarkoituksena on helpottaa tätäkin tehtävää luomalla soveltuvat toimintamallit sairaalan tarpeeseen, niin että turvallisuus- ja pelastussuunnitelma pystyttäisiin tekemään kattavasti ja kaikkien aikaa säästävästi.

1.3 Rakenne

Työn alussa käsitellään sairaalaturvallisuutta ja siihen liittyviä erilaisia riskejä, jotta toimintaympäristön erityispiirteisiin päästään sisään. Tämän jälkeen kerrotaan lain määrittämistä vaatimuksista sairaalan pelastussuunnitelmalle, sekä mitä uusia vaatimuksia vuonna 2011 voimaan tullut uusi pelastuslaki toi. Tämä on olennaista, koska pelastuslain muutos aiheutti tarpeen tälle työlle. Luvussa neljä kerrotaan kehittämistyöhön käytetystä tutkimusmenetelmästä ja tutkimuksen etenemisestä ja miten tarvittavat tiedot on hankittu. Luku viisi sisältää kuvauksen tämän kehittämistyön tekemisestä ja sen eri vaiheista. Siinä kerrotaan toimintamallin luominen, sen sisältö ja sen testaaminen, eli miten Herttoniemen sairaalan turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tehtiin.

Viimeisissä luvuissa esitetään tulokset ja arviointia kehittämistyön onnistumisesta. Loppuun on koottu työn aikana havaittuja ongelmia, joista voisi saada uusia jatkotutkimusaiheita. Lisäksi löytyy kuvaus kehittämistyön tekijän omasta oppimisesta työn aikana.

1.4 Rajaus

Tähän työhön syntyi rajaus käytännön sanelemana. Aluksi oli tarkoitus tehdä toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen sosiaali- ja terveydenhuollon yksikköön. Tällainen ohje ja toimintamalli tuli kuitenkin jo Helsingin kaupungin pelastuslaitokselta. Hyvin pian havaitsin, että ohje oli tehty soveltumaan parhaiten pienempiin yksiköihin, joissa asutaan enemmän kodinomaisesti. Sosiaali- ja terveydenhuolto sisältää toiminnaltaan ja kooltaan hyvin erilaisia kohteita, joista sairaalat ovat suurimpia. Ollakseen paremmin soveltuva sairaalalle ohje on tehtävä sairaalan erityistoiminnot huomioiden. Työn toimintaympäristönä oli alun perinkin ollut sairaala, joten myös toimintamalli rajattiin sitten koskemaan vain sairaaloita.

1.5 Työn keskeiset käsitteet

Pelastussuunnitelmalla tarkoitetaan dokumenttia, jossa on kuvattu kohteen vaaroja ja riskejä, arvioitu niitä ja kerrottu, miten niitä vastaan on varauduttu. Pelastussuunnitelmaan on myös kirjattu kohteen turvallisuusjärjestelyt ja ohjeita erilaisiin uhkatilanteisiin.

Turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tarkoittaa dokumenttia, joka täyttää pelastussuunnitelman vaatimukset mutta se on laajempi. Siinä voi olla lisänä arvioituna esimerkiksi tietoturvalisuuksiin liittyvät riskit, tai muita osa-alueita, jotka ovat tärkeitä kohteelle.

Sairaalalla tarkoitetaan laitosta, jossa asiakkaille annetaan lääketieteellistä hoitoa. Ne ovat sosiaali- ja terveydenhuollon hoitolaitoksista suurimpia ja niissä on toimintaa kellon ympäri jokaisena päivänä vuodessa. Niissä voi olla samassa rakennuksessa kymmeniä erityyppisiä toimintoja, joten toimintaympäristönä se on hyvin monimuotoinen.

2 Sairaالاتurvallisuus

Turvallisuus sairaalassa jakaantuu usealle osa-alueelle ja on jollain tavalla jatkuvasti läsnä. Asiakkaat tulevat sairaalaan turvaamaan terveyttensä. Tästä syystä turvallisuudella on sairaalaympäristössä ja hoitotyötä tehtäessä todella monta tasoa ja johonkin on syytä vetää raja, jotta asioita saadaan käsiteltyä tehokkaasti. Turvallisuuksuunnittelussa raja voidaan vetää monella eri tavalla. Keskitytäänkö vain lakisääteisiin suunnitelmiin, kuten pelastussuunnitel-

ma, työsuojelusuunnitelma, valmiussuunnitelma, yms. ja tehdään ne kaikki erillä toisistaan vain vähimmäisvaatimukset täyttäen, vai yhdistelläänkö joitain suunnitelmia tai tehdään laajempia suunnitelmia ja valmistaudutaan paremmin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 30).

2.1 Turvallisuussuunnittelu sairaalassa

Näkökulma turvallisuussuunnitteluun voi olla myös lääketieteellinen, jos asiaa kysytään hoitavalta henkilökunnalta. He saattavat hyvinkin tuoda ensimmäisenä esille potilaan hoitoon ja lääkitykseen liittyviä riskejä. Lääkitykseen ja potilaan hoidollisiin toimenpiteisiin liittyviä riskejä ei yleensä turvallisuussuunnittelussa tarkastella ollenkaan. Sosiaali- ja terveysministeriön (2011, 3) ohjeistaa oppaassaan sosiaali- ja terveydenhuoltoa turvallisuussuunnitteluun ja riskienhallintaan fyysisten turvallisuusriskien osalta. Hoidollisiin riskeihin on tietenkin olemassa omat suunnitelmansa, koska ne on ehdottomasti oltava tiedossa ja hallinnassa. Esimerkiksi potilasturvallisuussuunnitelma on kattava selvitys siitä, miten potilasturvallisuutta tehdään ja ylläpidetään, ja miten potilaisiin kohdistuvia riskejä hallitaan (Potilasturvallisuusopas 2011, 11). Rajan vetäminen ei ole joka asiassa aivan yksinkertaista, koska juuri potilasturvallisuus on jatkuvasti esillä ja siihen sisältyy niin lääkityksen turvallisuuteen ja hoitotoimenpiteisiin kuuluvia asioita, kuin myös potilaan fyysinen turvallisuus sairaalassa. (A. Toivonen, henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2013.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2011, 31-38, 63) jaottelee oppaassaan riskit sen mukaan aiheutuvatko ne ulkoisesta toimintaympäristöstä vai sisäisestä toiminnasta, eli omasta toiminnasta. Omasta toiminnasta aiheutuvat riskit voivat kohdistua edelleen ulkopuolisiin tahoihin tai omaan toimintaan (toimintariskit), henkilöihin omissa tiloissa (henkilöriskit) tai toimitiloihin (toimitilariskit). Colling (2001, 14-36) puhuu haavoittuvuuksista, joiden suuruuden mukaan riski määrittyy. Tällaisina haavoittuvuuksina hän listaa mm. pahoinpitelyt, pommiuhat, murrot, siviilien aiheuttamat häiriöt (eri ryhmien väliset), vahingonteot, lääkkeiden väärinkäyttö tai häviäminen, tulipalot, petokset, uhkapelit, murhat, panttivankien ottaminen, valehenkilökunta, kaappaukset, tietojen katoaminen, potilaiden katoaminen, ryöstöt ja varkauudet, vaaniminen, terrorismi, onnettomuudet ja katastrofit. Collingin listauksesta näkee heti, että kyseessä on jossain muualla kuin Suomessa tehty listaus (Yhdysvallat). Samat haavoittuvuudet koskettavat myös suomalaisia sairaaloita. Ainoastaan toteutumisen todennäköisyydestä aiheutuva riski on joidenkin haavoittuvuuksien osalta vähäisempi. Collingin listauksessa käsitellään enemmän fyysisiä haavoittuvuuksia ja riskejä, kun taas Sosiaali- ja terveysministeriön opas (2011) puuttuu myös organisaatorakenteeseen, päätöksentekoon, johtamiseen ym. muihin hallinnollisiin riskeihin. Tietoturvallisuus on sairaaloissa huomioitu, mutta nykyään yhä enemmän esillä oleva termi kyberturvallisuus tuo uutta huomioitavaa myös sairaaloille, joilla on varsin paljon tietotekniikkaa käytössään.

Sairaaloissa turvallisuuteen liittyvät riskit ovat siis varsin moninaisia ja niitä jaotellaan eri tavalla lähteestä riippuen. Seuraavissa kappaleissa jaotellaan riskejä vielä yhdellä eri tavalla. Aihetta on pääasiassa lähestytty siltä suunnalta, mitä seurauksia riskeistä voi aiheutua. Tarvemmin on käsitelty vain niitä riskejä, jotka on nähty suurimpina, joten paljon jää vielä tämänkin listauksen ulkopuolelle.

2.2 Avoimuus

Sairaalat ja muut terveydenhuollon laitokset on perinteisesti nähty avoimina ns. turvasatamina, joista saa apua hädän hetkellä. Suomessa liikkumisvapaus on jokaiselle kuuluva perustuslaista (731/1999) tuleva oikeus ja järjestyslaissa (612/2003) yleiseksi paikaksi määritellään mm. rakennus, joka on yleisön käytettävissä. Sairaala on tämän määritelmän mukainen rakennus, joten myöskään yleisön pääsyä sairaalaan ei voi estää. Kaikki haastateltavat (J. Jokivaara, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2013; V. Salonen, henkilökohtainen tiedonanto 5.6.2013; A. Toivonen, henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2013) mainitsivatkin kaikkien vapaan pääsyn sairaalarakennukseen yhdeksi kriittiseksi turvallisuus- tai pitäisikö sanoa turvattomuustekijäksi sairaaloissa. Vierailijat, potilaat ja työntekijät tulevat ja menevät ja tilat ovat yleensä varsin avoimia, joten myös asiattomat pääsevät halutessaan vaivattomasti moniin paikkoihin sisätiloissa. Colling (2001, 15-27) ei listaa avointa pääsyä haavoittuvuudeksi mutta se nousee kyllä esiin usean muun mainitun haavoittuvuuden yhteydessä. Hän muun muassa mainitsee esimerkkinä, että henkilö ei varmasti kirjautuisi hotelliin ja suostuisi nukkumaan yötä huoneessaan niin, että huoneen ovi käytävään on avoinna. Juuri näin tapahtuu sairaalassa.

Avoimuus helpottaa monien riskien toteutumista. Colling (2001, 15-27) mainitsee ainakin pahoinpitelyjen, kaappausten, vale-henkilökunnan ja vaanimisten yhteydessä saavutettavuuden yhtenä tekijänä, joka edesauttaa riskin toteutumista. Kaikki avoimuudesta aiheutuvat riskien toteutumiset vaikuttavat sairaalan maineeseen ja terveydenhuollon maineeseen yleensä. Pienellä ajatusleikillä on helppo todeta avoimuuden helpottavan myös monen muun riskin toteutumista esimerkkinä omaisuuden tai tiedon varkaudet, potilaiden katoaminen tai tulipalot. Potilasturvallisuus voi siis joutua uhatuksi avoimuuden kautta, jos potilaan luokse pääsee kuka tahansa. Pahimpana lopputuloksena tästä riskistä voi olla Collingin (2001, 24 ja 413-425) esimerkkien mukaan potilaan tai henkilökuntaan kuuluvan henkilön murha tai vastasyntyneen kaappaaminen. Suomessa näiden tapahtumien todennäköisyys kuulostaa äkkiä aika kaukaa haetulta, mutta pystyykö kukaan vannomaan, ettei näin voisi missään tapauksessa tapahtua täälläkin. Tuskin voi, joten nämäkin riskit on syytä pitää mielessä ja huomioida myös täällä.

Yhdysvalloissa on jopa ollut tapauksia, jossa sairaalan avoimuus on aiheuttanut ongelmia toiminnalle potilaiden pyrkiessä sinne. Isommissa hätätilanteissa lievästi loukkaantuneet, hätäntyneet ihmiset ja potilaiden omaiset ovat menneet sairaalaan hakemaan apua tai tietoja ja ovat samalla jumittaneet sairaalan toimintaa suurella määrällään (Stroud, Altevogr, Nadig & Hougan 2010, 38). Avoimuus ei siis ole riski pelkästään siinä mielessä, että sairaalaan tunkeutuisi henkilö, jonka tarkoitus on aiheuttaa harmia, vaan riskinä voivat erikoistapauksissa olla jopa apua etsivät potilaat.

Avoimuudesta aiheutuva riski täytyy pystyä hallitsemaan tilojen suunnittelulla, tekniikalla ja valvonnalla. Kulun rajoittaminen, valvonta ja avoimien tilojen muokkaaminen ovat muutamia hallintakeinoja. Avainasemassa on kuitenkin sairaalan henkilökunta, jonka on osattava itse liikkua kulkurajoitetuilla alueilla niin, ettei perässä kävele asiattomia henkilöitä tahallaan tai vahingossa.

Erikoistilanteita varten voidaan luoda myös erillisiä käytäntöjä, joissa avoimuutta ja pääsyä sairaalaan tilapäisesti rajoitetaan toiminnan turvaamiseksi (Schuler & Snyder 2011,272). Tällaisia tilanteita voi hyvin tulla vastaan. Jokivaara (henkilökohtainen tiedonanto 2013) kertoi esimerkkinä tilanteen, jossa ensiapuun tuodaan henkilö välienselvittelyn tuloksena. Tämän jälkeen tiloihin voi yrittää pyrkiä välienselvittelyn toinen osapuoli hoitamaan homman loppuun. Jotta tilanteeseen päästään väliin ajoissa, on tietoa tilanteesta ja sen kehittymisestä saatava nopeasti ja reagoinnin oltava varsin nopeaa.

2.3 Paloturvallisuus

Paloturvallisuuteen liittyvät asiat sairaalassa tai missä tahansa hoitolaitoksessa kuuluvat asioihin, jotka on oltava kunnossa. Tulipalosta aiheutuvat vaikutukset voivat olla laaja-alaisia ja vahingoittaa sairaalassa olevia henkilöitä, omaisuutta tai tietoja. Tulipalolla voi olla vaikutuksia myös sairaalan maineeseen ja ympäristöön.

Tulipaloriski voi aiheutua sairaalaympäristössä monesta eri syystä. Yksi riskin aiheuttaja on jo edellä mainittu avoimuus, minkä vuoksi tuhopolton riski on mahdollinen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama STEP-hankkeen (Sosiaali- ja terveydenhuollon paloturvallisuuteen liittyvät käytännöt ja pelastuslaki- hanke) koulutusmateriaalissa kerrotaan hoitolaitospaloista 15% olleen tahallisesti sytytettyjä vuosina 2009-2013. 19% tulipaloista oli tuottamuksellisia ja 28% vahinkoja tai tahattomia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) (Kuva 1)

Hoitolaitospalot: Pronto 2009 - 2013

Arvio tulipalon tahallisuudesta



- Tuottamuksellisuus sisältää huolimattomuuden ja varomattomuuden

Kaikki syttymissyyt
(n=1123)



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

2.9.2014

STEP-hanke 2014

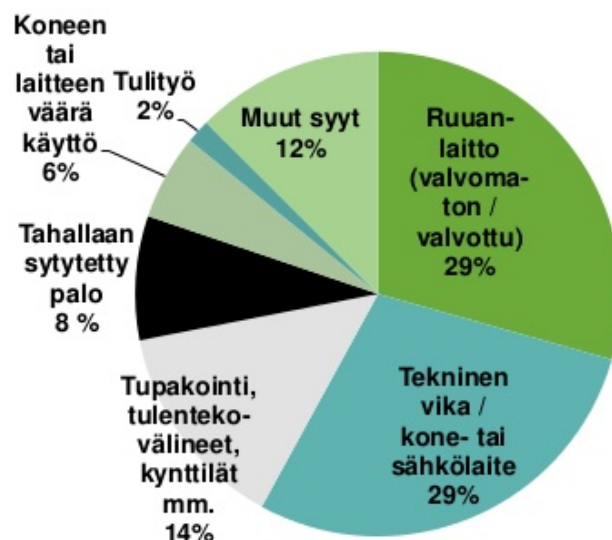
9

Kuvio 1: Arvio tulipalon tahallisuudesta 2009-2013
(Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014)

Palon aiheuttajista 2/3 tapauksista kyseessä oli ihminen ja 1/3 tapauksista kone tai laite. (Kuva 2) Tilastot kertovat myös, että Suomen keskimäärin 6000 jokavuotisesta rakennuspalosta noin 225 on hoitolaitoksissa tapahtuvia, joista keskussairaaloissa syttyy noin 12 kertaa vuodessa ja muissa sairaaloissa noin 20 kertaa vuodessa. Tulipaloista seuraa myös vahinkoja ja keskimäärin hoitolaitoksissa tapahtuneet henkilövahingot ovat yksi palokuolema ja 25 loukkaantunutta/vuosi. Henkilövahinkojen lisäksi muita vahinkoja on myös tullut laajasti suoraan tulipalosta aiheutuen mutta myös epäsuorasti toiminnan keskeytyksestä johtuen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Hoitolaitospalot: Pronto 2009 - 2013

Syttymissyyt toiminnan mukaan



Aiheuttajat:

- 2/3 ihmisen toiminta
- 1/3 koneen tai laitteen vika
- Luonnontapahtuma tai palovaarallinen aine marginaalisia aiheuttajia

Kaikki syttymissyyt (n=1123)



TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS

2.9.2014

STEP-hanke 2014

8

Kuvio 2: Syttymissyyt toiminnan mukaan 2009-2013

(Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2014)

Sairaalassa paloturvallisuuteen vaikuttavat samat tekijät kuin muuallakin. Muun muassa palavat materiaalit, henkilökunnan koulutus ja sitoutuminen paloturvallisuuteen, paloturvallisuuslaitteiden käyttäminen, poistumisreittien kunto ja sammuttimien käytettävyys. Sairaalassa käytettävien sisustamateriaalien tulisi olla vaikeasti syttyviä tai tavanomaisesti syttyviä (Sisäministeriö/Pelastusosasto 2015). Myös pintamateriaaleihin rakentamisvaiheessa on kiinnitettävä huomiota. Henkilökunnan paloturvallisuuskoulutusta tulee pitää yllä ja turvallisuuskulttuurista huolehtia (Siitonen 2006, 6-7).

Sairaaloissa ja hoitolaitoksissa yleensä löytyy erilaisia paloturvallisuuslaitteita, jotka parantavat paloturvallisuutta. Hoitolaitosten paloturvallisuutta käsittelevässä artikkelissa kerrotaan, että joissain hoitolaitoksissa automaattisen paloilmoitinjärjestelmän hälytys on siirretty turvallisuusvastaavalle, joka tarkastaa tilanteen ja tekee sitten tarvittaessa hälytyksen. Tarkoituksena tällä menettelyllä on säästää pelastuslaitoksen lähettämä lasku, joka seuraa perästä, jos hälytys oli erheellinen. Tositilanteen ollessa kyseessä taas menetetään minutteja ja mahdollisesti seurauksena jopa ihmishenkiä. (Koskivirta 2015.)

Poistumisturvallisuus tulipalossa tai muussa vaaratilanteessa voidaan nähdä yhtenä kriittisenä asiana, koska yleensä sairaalassa ainakin osa potilaista on toimintakyvyltään heikentyneitä, eli he eivät itse pysty poistumaan tiloista normaalivauhtia ja heitä mahdollisesti täytyy avustaa. Tällaisia henkilöitä ovat esimerkiksi lapset, huonosti liikkuvat vanhukset tai ylipäättään potilaat, joille on sairaalassa suoritettu joitain liikkumista haittaavia toimenpiteitä, kuten leikkaus tai he ovat voimakkaan lääkityksen alaisena. Pelastuslaki (379/2011) kiinnittää erityistä huomiota hoitolaitosten poistumisturvallisuuteen ja vaatii hoitolaitoksilta sekä palvelu- ja tukiasumisrakennuksilta erillisen poistumisturvallisuusselvityksen. Poistumisturvallisuusselvityksessä kartoitetaan sairaalassa tai muussa terveydenhuollon toimipisteessä majoittuvien henkilöiden valmiuden poistua tiloista uhkaavassa tilanteessa, kuten tulipalossa. Mikäli selvityksen tuloksena kaikkien henkilöiden poistuminen ei onnistu riittävän nopeasti, kohteessa täytyy tehdä selvitys, miten tilanne saadaan korjattua. Käytännössä tämä voi tarkoittaa automaattinen sammutuslaitteiston asentamista.

Tiukat ehdot ovat määräytyneet ajan kuluessa ja eri puolilla maailmaa tapahtuneiden tuhoisien onnettomuuksien jälkeen. Sairaalaturvallisuuden maailmalla vaikuttaneita tapauksia ovat muun muassa St. Anthony´s sairaalan palo 1949 Yhdysvalloissa (74 kuollutta), jonka jälkitutkinnassa löydettiin monia tekijöitä, jotka olisivat voineet toisin tehtyinä estää tulipalon (McElroy 1949). Hartford sairaalan tulipalo 1961 (16 kuollutta) Yhdysvalloissa vaikutti myös paljon sairaaloiden paloturvallisuuden kehittymiseen. Sen jälkeen turvallisuusnormeja tarkastettiin lisää ja toimintaa muutettiin turvallisemmaksi sekä rakennusmääräyksiä tarkennettiin. (Nadile 2009.)

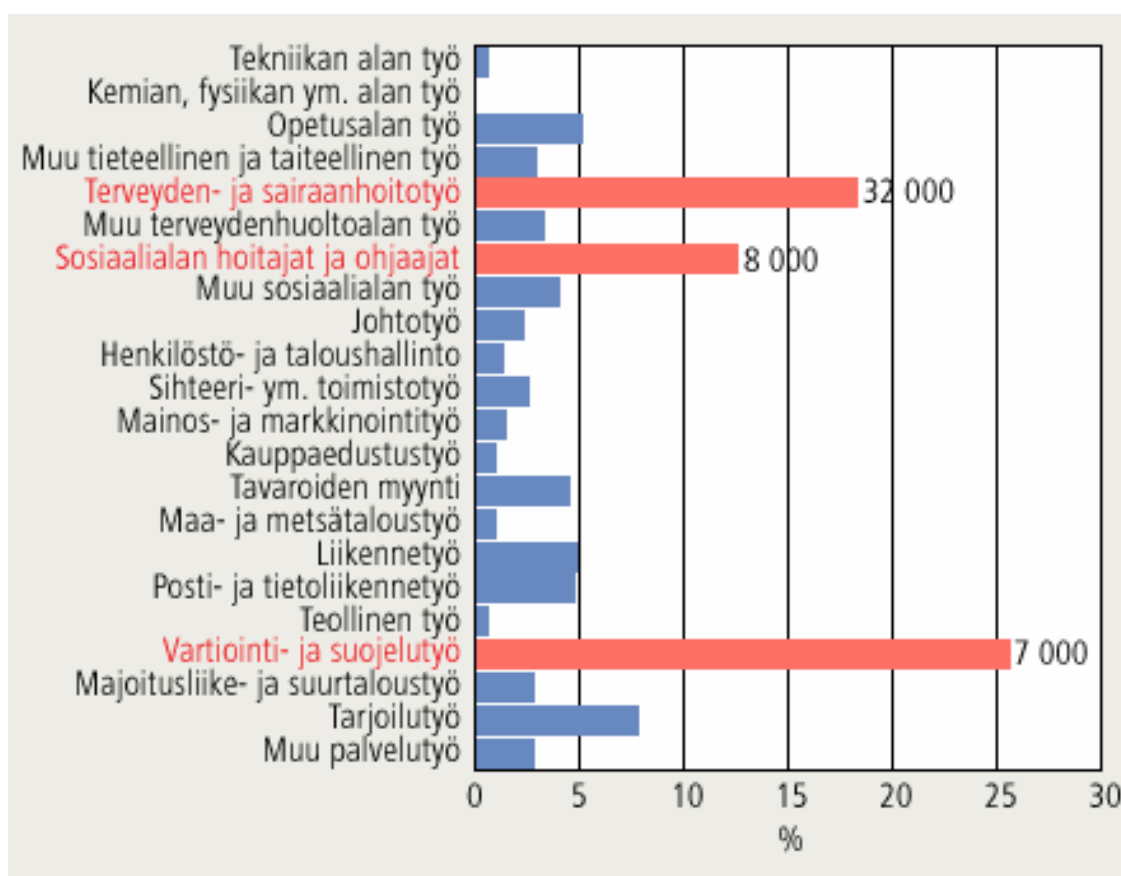
Haastattelujen aikana tuli kyllä selväksi (A. Toivonen, henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2013), että sairaaloissa tehdään myös sellaisia toimenpiteitä, kuten leikkauksia, joiden aikana potilaan evakuointi leikkaussalista todennäköisesti johtaisi potilaan kuolemaan. Toiminnan herkkyyden vuoksi ennaltaehkäisyyn kiinnitetäänkin erityisen paljon voimia ja ennaltaehkäisy on yksi tärkeimmistä asioista, jolla sairaalaturvallisuutta tehdään.

2.4 Uhkatilanteet asiakkaiden kanssa

Haastatteluissa nousi esille myös uudempana asiana sisälle suojautuminen (J. Jokivaara, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2013). Perinteisesti turvallisuusohjeet käskevät poistua rakennuksesta vaaran uhatessa mutta kouluampumistapausten jälkeen on mukaan tullut myös vaihtoehto suojautua sisälle tietyissä tapauksissa. Sairaalassa tapahtuvan vastaavanlaisen tilanteen syntyminen on ihan mahdollinen skenaario, kun ajatellaan, kuinka paljon erilaisia ihmisiä niissä liikkuu. Jotkut laitokset, lähinnä koulut, ovatkin jo lisänneet sisälle suojautumisen turvallisuusohjeisiinsa. Myös poistumisturvallisuutta käsittelevässä Suomen Palopäällystöliiton

oppaassa sisälle suojautuminen on listattu tietyissä tapauksissa vaihtoehdoksi poistumiselle (Linjala & Waitinen 2010, 12-14).

Sairaalaturvallisuutta käsiteltäessä täytyy myös huomioida asiakkaiden käytöksen aiheuttamat riskit. Hoitotyötä tekevät kohtaavat työssään varsin paljon aggressiivisuutta ja väkivaltaa ja se on alan yksi suurimmista riskeistä Sitä aiheuttavat pääasiassa potilaat, joko tahallaan tai sekavuuttaan ja ymmärtämättömyyttään mutta myös potilaiden omaiset ja vierailijat syyllistyvät tähän toisinaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 34-35). Työväkivallan riskejä karvoitettaessa ylivoimaisesti suurin osa tapauksista oli sattunut hoitotyötä tekeville. Prosentuaalinen osuus alan työvoiman kohtaamasta työpaikkaväkivallasta oli korkeampi vain vartiointi- ja suojelutyötä tekeillä. Vuoden 2007 aikana sattuneista 100000 tapauksesta 32000 oli tapahtunut terveyden- ja sairaanhoitotyössä. Yhteensä noin 18 % terveyden- ja sairaanhoitotyötä tekeivistä oli siis kokenut työväkivaltaa vuoden 2007 aikana. Yleisin väkivallan muoto oli uhkailu mutta hoitotyössä esiintyy myös paljon fyysistä väkivaltaa. (Kuva 3) (Piispa & Hulkko 2009.)



Kuvio 3: Työväkivaltaa kokeneiden osuus työllisistä ammattiryhmittäin vuonna 2007 (Piispa & Hulkko 2009)

Uhkaavan henkilön kohtaamiseen liittyvät riskit tulivat myös kaikkien haastateltavien kanssa puheeksi ja jokainen kertoi, että koulutuksia, joilla lisätään henkilökunnan valmiutta uhkaavien henkilöiden kohtaamiseen, järjestetään säännöllisesti (J. Jokivaara, henkilökohtainen tiedonanto 10.6.2013; V. Salonen, henkilökohtainen tiedonanto 5.6.2013; A. Toivonen, henkilökohtainen tiedonanto 14.6.2013). Kaikkien uhkaavien tilanteiden rauhanomainen loppuun vieminen ei ole kuitenkaan mahdollista, joten koulutuksen lisäksi käytössä on työturvallisuutta parantavia toimintamalleja ja tekniikkaa. Yksin työskentelyä vältetään, jos tiedetään potilaan olevan aggressiivinen, tai yksin työskentelijöiden turvaksi voidaan hankkia mukana kannettavia hälyttimiä, joilla saadaan nappia painamalla kutsuttua apua paikalle. Yksi haastavimmista tehtävistä tämän riskin osalta on kotisairaanhoido, jossa hoitaja käy hoitamassa potilasta tämän omassa kodissaan. Vaaratilanteiden ehkäisemiseksi hoitajilla voi olla hyvin tarkat ohjeet hoitotilanteeseen liittyen esimerkiksi niin, että potilaan asuntoon ei mennä, jos siellä on tuntemattomia tai aggressiiviseksi tiedettyjä henkilöitä paikalla. Tiedon välittyminen on tässäkin tehtävässä avainasemassa.

2.5 Lääkkeisiin liittyvät riskit

Lääkkeet muodostavat sairaalassa muutamia hieman erilaisia riskejä. Osa riskeistä on selvästi lääkinnällisiä ja potilaan hoitoon liittyviä, kuten oikea annostelu ja lääkkeen päätyminen sille henkilölle kenelle se on tarkoitettu. Myös rikollisuus on lääkkeisiin liittyvä riski ja rikoksenteijöinä voivat olla ulkopuolisten lisäksi myös hoitohenkilökunta (Colling 2001, 436-437). Tietyt ryhmät tietävät hyvin sairaalan käyttämät lääkkeet ja niiden muuttaminen rahaksi katukäytössä on kohtuullisen helppoa. Tämän vuoksi lääketilat sairaaloissa ovat hyvin suojattuja, niihin on rajoitetummat kulkuoikeudet ja niitä ei merkitä opaskarttoihin kaikkien löydettäväksi. Colling (2001, 436) mainitsee myös, että lääketiloissa työskentelevien tausta täytyisi saada luotettavasti selvitettyä, jotta voidaan välttyä epäluotettavan henkilökunnan palkkaamiselta. Huomattavaa on, että hoitohenkilökunnan lisäksi kulkuoikeudet tulee rajata myös muilta työntekijäryhmiltä kuten siivoojilta, kiinteistön huoltajilta ja jopa vartijoilta. Käytännössä siis kaikilta, joilla ei ole asiaa tiloihin. Siivoaminen tai kunnossapitotyöt tehdään kulkuoikeuden omaavan henkilökunnan läsnä ollessa. (Colling 2001, 436-437.)

Lääkkeitä joudutaan kuljettamaan, koska jostain niiden on sairaalaan tultava. Lääkekuljetukset tehdään hyvin matalalla profiililla, jotta siirtämiseen liittyvää riskiä saadaan pienennettyä. Myös lääkkeiden määrä sairaaloissa pyritään pitämään suhteellisen pienenä, jotta houkutus lääkkeiden varastamiseen voitaisiin pitää pienempänä. Myös ympäristölle aiheutuvat riskit lääkkeiden hävittämisessä tulee huomioida ja hoitaa hävittäminen asianmukaisesti (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 38).

Suurin osa lääkkeisiin liittyvistä riskeistä on lääkinnällisiä tai hoidollisia. Näissä tapauksissa riski kohdistuu yleensä potilaaseen. Esimerkiksi pistämällä annettavissa lääkkeissä on myös hoitohenkilökunnalla riski saada neulanpisto, jos potilas vastustaa lääkkeenantoa. Lääkkeitä voi joskus joutua väärälle potilaalle henkilökunnan inhimillisen virheen vuoksi, mutta riski ovat myös potilaat itse. Kaikki potilaat eivät syö heti lääkkeitään ja toiset jättävät niitä tahallaan syömättä ja saattavat jopa piilotella saamiaan lääkkeitä ympäristöönsä. Tapauksesta riippuen lääkkeen syöminen voidaan valvoa, jotta voitaisiin varmistua, että lääke menee oikealle henkilölle. Esimerkiksi sairaalan osastolla jossa hoidetaan muistihäiriöisiä vaeltelevia potilaita, voi syntyä tilanteita, jolloin muistihäiriöinen henkilö on muistamattomuuttaan syönyt jollekin toiselle tarkoitettut lääkkeet. Näiden tapausten lisäksi ovat vielä potilaat, jotka tahallaan antavat lääkkeitään muille henkilöille. Esimerkiksi hoidossa olevat lääkeriippuvaiset, jotka pyrkivät välittämään omia tai muiden lääkkeitä myös sairaalan ulkopuolelle.

Lääkkeisiin liittyvänä riskinä voidaan nähdä myös lääkkeellisiin kaasuihin liittyvät riskit. Muun muassa lääkkeellinen happi on käytössä joka sairaalassa ja oikein käsiteltynä happipullot ja -linjasto ovat vaarattomia. Tulipalotilanteessa hapestaa tulee vaarallista, koska happi kiihdyttää paloa ja kaasupullossa oleva happi voi räjähtää. (Siitonen 2006, 33.)

2.6 Tietoturvallisuusriskit

Tietoturvallisuus on sairaalan riskinä varsin merkittävä ja sen merkitys tulee vielä varmasti lisääntymään. Merkityksen kasvamiseen vaikuttaa se, että tietotekniikan käyttäminen lisääntyy hoitotyössä jatkuvasti ja samalla tulee huomioitavaksi myös lisääntynyt tarve toiminnan tai tietojen suojaamiselle. Itse hoitotyökin on jo jossain tapauksissa tietotekniikasta riippuvaista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 32-33.)

Potilaiden tietoja käsitellään päivittäin tietokoneella ja paperilla. Tietojenkäsittelyyn on kiinnitettävä erityistä huomiota, jotta potilastietoja ei päädy väärin käsiin ja ne säilyvät muuttumattomina. Tähän sisältyy tiedoista huolehtiminen niitä käsiteltäessä, siirrettäessä ja hävitettäessä. Jokapäiväisessä toiminnassa esimerkkinä käsittelystä on tietokoneen lukitseminen huoneesta lähdetessä tai ylimääräisten henkilötietoja sisältävien paperien keräileminen pöydiltä ennen kuin huoneeseen saapuu asiakkaita. Tiedon siirtäminen käsittää muun muassa tietojen sisäisen ja ulkoisen lähettämisen postitse ja sähköisesti. Erityisesti sairaalan avoimuus tulee huomioida tässä, jotta kukaan ei pääse lähetyksen väliin tahallaan tai vahingossa. Tiedon hävittämisestä täytyy myös huolehtia asianmukaisesti, jotta henkilötietoja tai muuta yksityisyyden suojan piiriin kuuluvaa tietoa ei päädy vahingossa sairaalan seinien ulkopuolelle.

Edellä mainitut tietoturvallisuusriskit eivät suoranaisesti vaaranna kenenkään turvallisuutta sairaalassa sillä hetkellä mutta tekevät toteutuessaan ison loven sairaalan maineeseen, ja jos

saatuja tietoja käytetään väärin voi niillä olla ikäviä vaikutuksia yksittäisten henkilöiden elämään. Tietoturvallisuuteen liittyy sairaalassa myös terveyteen liittyviä riskejä, jotka kulkevat usein käsi kädessä potilasturvallisuuden kanssa tai liitetään suoraan siihen. Wachter (2008, 55-57) kertoo esimerkin miehestä, joka sai lääkäriltä käsinkirjoitetun reseptin käytyään vastaanotolla. Merkinnot olivat epäselviä ja apteekissa reseptiin kirjoitettu lääke tulkittiin eri lääkkeeksi, kuin mitä lääkäri oli tarkoittanut. Tämän johdosta potilas kuoli viikon sisällä lääkityksen aloittamisesta. Tässä tapauksessa tieto ei säilynyt eheänä ja siitä seurasi pahin mahdollinen seuraus. Wachter (2008, 57-58) osoittaa, että tiedon muuttuminen on todellinen riski, koska lääkkeen määräämisen ja lääkkeen potilaalle toimittamisen välillä on noin 50-100 eri vaihetta jossa voi tapahtua virhe tai tietojen muuttuminen. Inhimillisen virheen vaara on aina olemassa ja sillä voi olla vakaviakin seurauksia. Wachter (2008, 77-78) kertoo myös tietoturvallisuuden tärkeyttä osoittavan esimerkin, jossa mieheltä amputoitiin sairaalassa väärä jalka, koska virheellinen tieto pääsi tiedon korjausyrityksestä huolimatta leviämään.

Tietotekniikan käyttö kaikkialla lisääntyy ja se voi sairaalassakin parantaa turvallisuutta, mutta myös lisätä siihen liittyviä turvallisuusriskejä. Kyberturvallisuus on termi, jota kuulee jatkuvasti yhä enemmän. Siihen sisältyvät mm. tietomurrot ja verkossa oleviin tietoteknisten laitteiden haltuun ottaminen. Wachter (2008, 218-219) kertoo yhtenä turvallisuutta tuovana sovelluksena tietotekniikan käyttämistä lääkettä annosteleviin älypumppeihin. Näissä, kuten muissakin tietoteknisissä laitteissa piilee vaara, että joku pääsee tunkeutumaan laitteen tietokantaan ja muuttamaan sen asetuksia, jolloin laitteesta voisikin tulla vaarallinen käyttäjälleen. Hakkereiden hyökkäysten sairaaloihin odotetaan lisääntyvän, koska sairaaloiden tiedot eivät ole aina yhtä hyvin suojattuja kuin yritysten. Hyökkäyksistä voi aiheutua myös suuri riski potilaiden turvallisuudelle, jos tietovarkaudet eivät ole tavoitteena, vaan potilaiden tietoja aletaan muuttella ja tämän johdosta potilaat saivat vääränlaista hoitoa. Tämän seurauksena luottamus sairaanhoitoa kohtaan laskisi huomattavasti. (Orcutt 2014.)

2.7 Tapaturmat

Suomessa tapaturmat ovat neljänneksi yleisin kuolinsyy eivätkä sairaaloihin ole mitenkään tapaturmavapaita alueita. Vuonna 2011 kuolemaan johtaneista tapaturmista miehistä 4%:lle ja naisista 9%:lle tapaturma sattui terveydenhuollon yksikössä. Kaikista tapaturmista sairaalahoitoa vaatineista tapaturmista yli puolet oli aiheutunut kaatumisesta ja korkea ikä, heikko itsenäinen toimintakyky ja päihtymys ovat tapaturmariskiä kasvattavia tekijöitä. Nämä tekijät ovat läsnä myös sairaalaympäristössä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 39-49.)

Mustajoki, Kinnunen ja Aaltonen (2014) kertovat myös putoamisten ja kaatumisten olevan hoitolaitoksissa varsin arkipäiväistä, jopa siinä määrin, ettei kaatumisten ja putoamisten estämiseen aina kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Artikkelissa kerrotaan sairaaloiden

tapaturmatilastojen näyttävän, että kaatumiset ja putoamiset muodostavat merkittävän osan sairaaloissa tapahtuvista tapaturmista. Hignett, Sands, Youde & Griffiths (2011, 76-77) kertovat myös kaatumisten ja putoamisten olleen jatkuvasti 1940-luvulta asti suurin yksittäinen raportoitu syy, joka on aiheuttanut potilaan hoidon tarpeen tai kuoleman sairaalaan kirjautumisen jälkeen. Niistä aiheutuu paljon kuluja ja niitä on hankala tutkia, koska suurin osa tapaturmista sattuu potilaan ollessa itseksensä.

Potilaille sattuvien kaatumisten ja putoamisten lisäksi tapaturmariskit ovat läsnä myös henkilökunnalle ja vierailijoille. Henkilökunta kohtaa lisäksi erilaisia työtapaturmariskejä, joihin edellä mainittujen lisäksi sisältyy ainakin pistoriskit ja siihen liittyen tartuntariskit sekä tuki- ja liikuntaelimestön liiallinen kuormittuminen. Työtapaturmien ehkäisemiseksi työnantajan tulee noudattaa työturvallisuuslakia (738/2002) ja huolehtia siitä, että työpaikalla työskentelyolosuhteet ovat turvalliset.

3 Pelastussuunnittelu ja pelastussuunnitelma

Pelastussuunnitelma on asiakirja, jonka tarkoituksena on parantaa turvallisuutta varautumisen ja ennaltaehkäisemisen keinoin. Vaatimus pelastussuunnitteluun ja pelastussuunnitelman tekemiseen on määräytynyt useille toimialueille pelastustoimen lainsäädännön kautta jo useiden vuosien ajan. Lainsäädäntöä on pelastustoimessa päivitetty viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana useampaan kertaan ja joka uudistuksessa myös pelastussuunnitelman tekemiseen liittyvät velvoitteet tai sisältö ovat samalla täsmentyneet. Dokumentin nimi on myös muuttunut lakien muuttuessa ja vuoteen 1999 asti puhuttiin suojelusuunnitelmasta. Tällöin voimaan tulleen pelastustoimilain (561/1999) myötä suunnitelman nimeksi tuli turvallisuussuunnitelma ja vuonna 2004 voimaan tulleen pelastuslain (468/2003) myötä suunnitelmasta on käytetty nimeä pelastussuunnitelma. (Majamaa 2013, 3.) Kohtuullisen ripeään tahtiin toteutettu asiakirjan nimen vaihto aiheuttaa jossain tapauksissa hieman hämmennystä, etenkin kun turvallisuussuunnitelmalla tarkoitetaan nykyään yleensä pelastussuunnitelmaa laajempaa kohteen kokonaisturvallisuutta käsittelevää asiakirjaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 7).

3.1 Lain tuomat muutokset pelastussuunnitteluun

Pelastustoimilain (561/1999) aikana suunnitelman suurin painoarvo oli pelastustoimenpiteisiin varautuminen onnettomuuden tapahtumisen jälkeen. Pelastuslain (468/2003) myötä suunnitteluun tuli enemmän ennaltaehkäisevää näkökulmaa riskien tunnistamisen ja onnettomuuksien ja vahinkojen ehkäisyyn keskittymisen kautta. Myös tarkasteltavan

toiminnan laajuus ulotettiin työyhteisön koko toimintaan, eikä pelkkään toimitilarakennuksen sisällä tapahtuvaan toimintaan. (Majamaa 2014, 3.)

Heinäkuun 1. päivänä 2011 voimaan astui uusi pelastuslaki ja pelastussuunnitelman merkityksen tärkeyden kasvamisen näkee jo lain pykälien nimeämisessä. Pykälä 15 nimeltään Pelastussuunnitelma määrittelee entistä selkeämmin pelastussuunnitelmaan tulevan sisällön, sekä määrittää myös rakennuksen haltijan selvästi vastuulliseksi suunnitelman tekemiseen. Sen kummemmin ei laki ota kantaa siihen, miten suunnitelma tulee tehdä. Miten kysymykseen vastaa vain 15§:ssä oleva seuraava maininta:

“ Jos rakennuksessa toimii useita toiminnanharjoittajia, rakennuksen haltijan tulee laatia pelastussuunnitelma yhteistyössä toiminnanharjoittajien kanssa. Rakennuksen haltijan tulee laatia rakennuksen pelastussuunnitelma kuitenkin aina yhteistyössä 18 §:ssä tarkoitetun hoitolaitoksen ja palvelu- ja tukiasumisen toiminnanharjoittajan kanssa.”

Laki toi joitain muutoksia myös pelastussuunnitelman sisältöön. Aiemmassa pelastuslaissa (498/2003) pelastussuunnitelma säädetään tehtäväksi kaikkiin kohteisiin ja rakennuksiin, joissa vahinkojen voitaisiin arvioida olevan vakavat. Valtioneuvoston asetuksella pelastustoimesta (787/2003) määritetään erilaiset kohteet tarkemmin sekä kerrotaan pelastussuunnitelman vaadittu sisältö. Uuden pelastuslain (379/2011) 15 § määrittää pelastussuunnitelman tehtäväksi kaikkiin rakennuksiin ja kohteisiin, jotka ovat pelastustoiminnan tai poistumisturvallisuuden kannalta normaalia vaativampia. Valtioneuvoston asetuksessa pelastustoimesta (407/2011) nämä kohteet yksilöidään ja sairaaloille laatimisvastuu tulee 1 § toisen kohdan mukaan, jossa säädetään pelastussuunnitelma laadittavaksi kohteisiin, jotka määritellään pelastuslain 18 §:ssä.

Sairaalan ja muiden hoitolaitosten osalta pelastuslain (379/2011) 18§ ja 19§ toivat merkittävän muutoksen ja lisän suunnitteluun. Niissä säädetään poistumisturvallisuudesta hoitolaitoksissa, sekä palvelu- ja tukiasumisessa sekä poistumisturvallisuusselvityksestä. Pykälä 18 käsittelee hoitolaitosten sekä palvelu- ja tukiasumisen velvollisuutta poistumisturvallisuuden järjestämiseen ja pykälä 19 määrittelee velvollisuuden tehdä viranomaiselle poistumisturvallisuusselvityksen. Huomattavaa on, että hoitolaitokset sekä palvelu- ja tukiasuminen ovat ainoa ryhmä, jonka pelastussuunnitelman tekovelvoitteesta kerrotaan jo pelastuslaissa. Poistumisturvallisuusselvitys koskee myös samaa ryhmää ja sillä toiminnanharjoittaja osoittaa, että tulipalotilanteessa kaikki henkilöt saadaan poistumaan turvallisesti syttyneestä palo-osastosta (Sten 2014, 8). Tässä kehittämistyössä ei ole tehty poistumisturvallisuussuunnitelmaa, koska se on selkeästi oma dokumenttinsa.

Pelastussuunnitelman tekemisen kannalta suurin uudistus pelastuslaissa on pykälässä 15, jossa määritetään pelastussuunnitelman sisältöä. Pelastuslain (379/2011) 15§ mukaan pelastussuunnitelmassa tulee olla selostus:

“

- 1) vaarojen ja riskien arvioinnin johtopäätelmistä;
- 2) rakennuksen ja toiminnassa käytettävien tilojen turvallisuusjärjestelyistä;
- 3) asukkaille ja muille henkilöille annettavista ohjeista onnettomuuksien ehkäisemiseksi, sekä onnettomuus- ja vaaratilanteissa toimimiseksi;
- 4) sekä mahdollisista muista kohteen omatoimiseen varautumiseen liittyvistä toimenpiteistä.”

Samassa pykälässä kerrotaan myös, että suunnitelma tulee tehdä 14§ tarkoitetuista toimenpiteistä:

“

- 1) ehkäistävä tulipalojen syttymistä ja muiden vaaratilanteiden syntymistä;
- 2) varauduttava henkilöiden, omaisuuden ja ympäristön suojaamiseen vaaratilanteissa;
- 3) varauduttava tulipalojen sammuttamiseen ja muihin sellaisiin pelastustoimenpiteisiin, joihin ne omatoimisesti kykenevät;
- 4) ryhdyttävä toimenpiteisiin poistumisen turvaamiseksi tulipaloissa ja muissa vaaratilanteissa sekä toimenpiteisiin pelastustoiminnan helpottamiseksi.“

Käytännössä lakiuudistuksen jälkeen pelastussuunnitelmassa tulee olla samat tiedot kuin ennenkin, aiemmin vaatimukset löytyivät vähän erilailla valtioneuvoston asetuksesta pelastustoimesta (787/2003). Uudessa laissa on tarkennettu ja selkeytetty vaadittavien selostusten laajuutta aikaisempaan nähden. Vaarojen ja riskien arviointi tulee olla kattavammin selostettu ja nyt myös vaaditaan selostus turvallisuusjärjestelyistä. Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (787/2003) vaatii ohjeet ennakoituja onnettomuusvaara- ja vahinkotilanteita varten, kun taas pelastuslaki (379/2011) erottaa selkeästi ohjeet onnettomuuksien ehkäisemiseksi sekä onnettomuus- ja vaaratilanteissa toimimiseksi ja vaatii pelastussuunnitelmaan selostukset molemmista. Myös selostus omatoimisista varautumismenettelyistä vaaditaan.

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (407/2011) 2§ lisää vielä vaatimuksia pelastussuunnitelman tekijälle. Siinä määritellään, että:

“Pelastussuunnitelmassa on tarpeen mukaan otettava huomioon myös kohteen tavanomaisesta poikkeava käyttö ja tilapäinen käyttötavan muutos.”

“Pelastussuunnitelmassa on selvitettävä myös, miten pelastuslain 14°:n mukainen omatoiminen varautuminen toteutetaan poikkeusoloissa.”

“Pelastussuunnitelma on pidettävä ajan tasalla ja siitä on tiedotettava tarvittavalla tavalla asianomaisen rakennuksen tai muun kohteen asukkaille ja työntekijöille sekä muille, joiden on osallistuttava pelastussuunnitelman toimeenpanoon.”

Pelastussuunnitteluun sisältyy siis myös velvoite varautua onnettomuuksien ehkäisyyn myös poikkeusoloissa. Tämä tarkoittaa valmiuslaissa (1552/2011) määriteltyjä olosuhteita, joita ovat esimerkiksi aseellinen hyökkäys tai sen uhka, erityisen vakava tapahtuma, joka vaikuttaa väestön toimeentuloon, erityisen vakava suuronnettomuus tai hyvin laajalle levinnyt vaarallinen tartuntatauti. Valmiuslaissa määritellään myös kaikissa tilanteissa ylläpidettävät palvelut, joista sosiaali- ja terveydenhuolto on ilman muuta yksi tärkeimpiä. Laissa on omana kappaleenaan sosiaali- ja terveydenhuollon turvaaminen, jossa määritellään varsin laveasti, miten viranomainen voi puuttua sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämiseen.

Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa sairaanhoitopiirien kuntayhtymät varautumaan suuronnettomuuksiin ja terveydenhuollossa ilmeneviin erityistilanteisiin. Sama laki velvoittaa yhtymiä myös tekemään valmiussuunnitelman. Poikkeustilanteisiin varautuminen on jätetty tässä työssä pelastussuunnitelman ulkopuolelle, koska ainakin Herttoniemen sairaalan kohdalla Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysturvasto on laatinut valmiussuunnitelman keskitetysti. Sairaalassa, jossa tilanne on toinen, valmiussuunnitelma täytyisi tehdä tai se voitaisiin yhdistää pelastussuunnitelmaan.

Pelastussuunnitelmaan vaadittu asiasisältö on varsin laaja, jolloin siitä voi helposti tulla vaikealukuinen ja pykälänmakuinen. Suunnitelma pitääkin muistaa tehdä lukijoita ja kohteen erityispiirteitä ajatellen, niin että se mahdollisimman hyvin palvelisi tehtävässään - turvallisuuden kehittämisessä ja onnettomuuksien ehkäisemisessä. (Helsingin kaupungin pelastuslaitos 2013.)

3.2 Pelastussuunnitelmasta turvallisuussuunnitelmaan

Kuten jo edellisessä luvussa todettiin, käytetyt käsitteet saattavat välillä aiheuttaa epäselvyyttä, koska aiemmin turvallisuussuunnitelma tarkoitti nykyisen pelastuslain (379/2011) mukaista pelastussuunnitelmaa. Kokonaisturvallisuuden sanasto (Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK & Sanastokeskus TSK ry 2014, 86) määrittelee turvallisuussuunnitelman ”suunnitelmaksi, jolla pyritään edistämään tietyn kohteen, alueen tai toiminnan turvallisuutta”. Sosiaali- ja terveysturvaministeriö (2011) määrittelee turvallisuussuunnitelman kokonaisturvallisuutta käsitteleväksi asiakirjaksi. Rikoksentorjuntaneuvosto (2013) määrittää turvallisuussuunnitelman asiakirjaksi, joka sisältää tiedot rikosturvallisuudesta, palo- ja liikenneturvallisuudesta, poikkeusolojen turvallisuudesta, tapaturmista ja onnettomuuksista. Suunnitelman tarkoituk-

sena on muodostaa kokonaiskuva toiminnasta, jolla ylläpidetään ja parannetaan turvallisuutta.

Edellä annetut määritelmät ovat varsin ympäröiväisiä ja voivat sisältää kaikenlaista, mutta kuvaavat hyvin turvallisuussuunnitelman monimuotoisuutta. Usein turvallisuussuunnitelma saadaan kun selvitetään riskejä ja niihin varautumista pelastussuunnitelman vaatimaa laajuutta tarkemmin. Apuna määrittelyssä voi käyttää esimerkiksi Elinkeinoelämän keskusliiton määritteleviä yritysturvallisuuden osa-alueita ja niiden avulla suojattavia arvoja (Elinkeinoelämän keskusliitto EK ry 2015). Sairaalan toiminnassa henkilöiden ja omaisuuden lisäksi myös tiedot on ehdottomasti saatava suojattua. Maine ja ympäristö ovat myös sairaalalle tärkeitä arvoja yhteiskunnallisena toimijana. Tämän vuoksi pelastussuunnitelma kannattaa laajentaa turvallisuussuunnitelmaksi vähintään niin, että se käsittää varautumisen tietoja uhkavia riskejä vastaan.

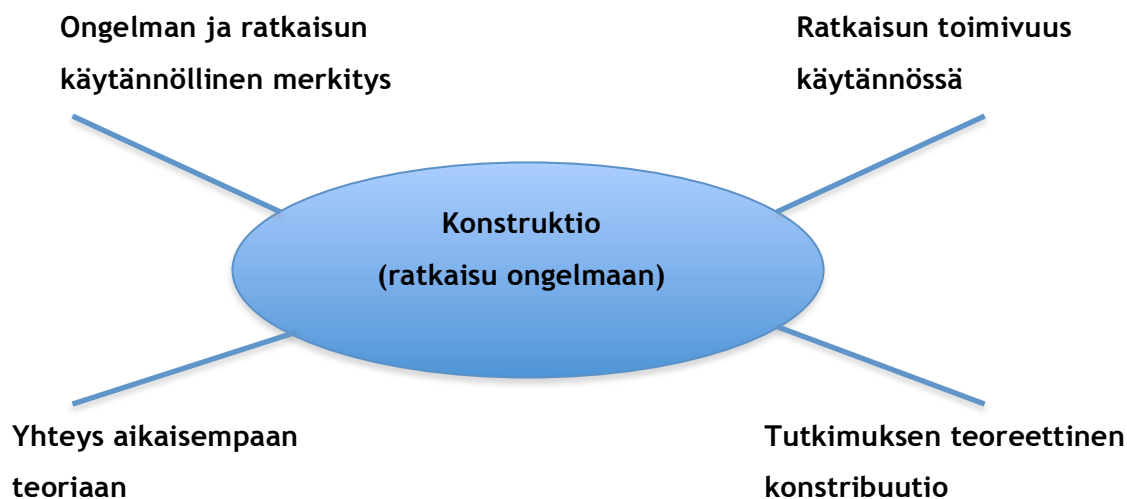
4 Opinnäytetyön tekemisestä

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen. Jotta lopputulokseksi saadaan haluttu toimintamalli, tutkimuksen tekeminen ohjautuu selvästi enemmän laadullisen tutkimuksen suuntaan. Metsämuurosen (2000, 14) mukaan laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimusote soveltuu hyvin käytettäväksi silloin, kun tarkastellaan tapahtumien yksityiskohtaisia rakenteita ja tutkitaan luonnollisia tilanteita, joissa kaikkia vaikuttavia tekijöitä ei voida kontrolloida. Hirsjärvi, Remes ja Sajavaara (2010, 161) määrittelevät myös laadullisen tutkimuksen tarkoituksiksi kuvata todellista elämää ja tutkia kohdettansa mahdollisimman kokonaisvaltaisesti sen tiedon perusteella, mitä tutkijalla on.

4.1 Konstruktiivinen tutkimus kehittämistyön lähestymistapana

Ojasalo, Moilanen ja Ritalahti (2009, 12-14) kertovat, että organisaatioissa yhtenä menestystekijänä on ollut niissä tehty kehittämistyö, jolla on pystytty vastaamaan nopeasti muuttuvan ympäristön vaatimuksiin. Kehittämistyöllä pyritään tarkoituksellisesti muuttamaan jotain toimintaa, osaamista, tehtäväkokonaisuuksia, tekniikkoja tai säännöksiä tavoitteena saada aikaan jotain aikaisempaa parempaa tai tehokkaampaa (Kirjonen, J. 2007, 117-118). Seppänen-Järvelä ja Karjalainen (2007, 3-6), sekä Kananoja (2007, 11-12) mainitsevat, kuinka sosiaali- ja terveydenhuollossa kehittämistyöllä on pitkät perinteet ja konstruktiivisen tutkimuksen lähestymistapa sopii sinne. Kun tietoa tulee lisää, suositukset muuttuvat ja se aiheuttaa tarpeen toiminnan kehittämiseksi.

Ojasalon ym. (2009, 65) mukaan konstruktiiivinen tutkimus soveltuu käyttöön erityisen hyvin silloin, kun on tarkoitus luoda jotain konkreettista kuten ohje, malli tai menetelmä. Tieteellisen tutkimuksen menetelmin tällaisten luominen ei onnistu, koska tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on luoda uusia teorioita ja testata niitä. Ohjeen, mallin, menetelmän tai muun sellaisen ei välttämättä tarvitse olla mitään täysin uutta, vaan vain parantaa jo olemassa olevaa mallia tai prosessia mutta ratkaisu ei voi olla tuulesta temmattu, vaan sen pitää perustua teoreettiseen tietoon. Parhaimmillaan kehitystyön tuloksena saadaan ratkaisu, joka toimii laajemminkin kuin pelkässä kohdeorganisaatiossa. Tämä myös asettaa haastetta tuloksen toimivuuden testaamiselle. (Ojasalo ym. 2009, 65-66.). Nämä keskeiset piirteet näkyvät havainnollisesti kuvassa 4.

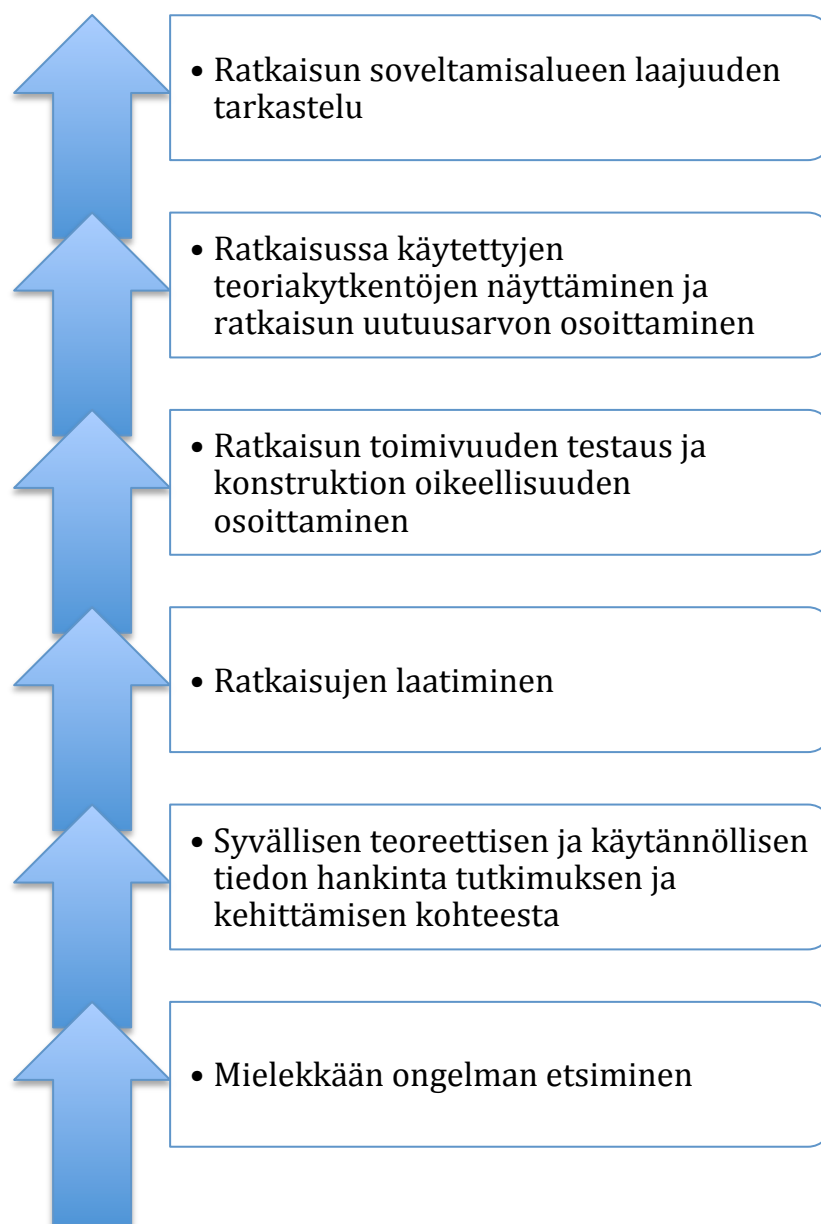


Kuvio 1: Konstruktiiivisen tutkimusotteen keskeiset piirteet
(Lukka 2001)

4.2 Konstruktiiivisen tutkimuksen prosessi

Ojasalo ym. (2009, 67) kuvaavat konstruktiiivisen tutkimuksen prosessin alkavan mielekkään ongelman etsimisestä ja sen myötä tiedon hankkimisesta. (Kuva 5.) Myös Hirsjärvi ym. (2010, 63-64) kertovat tutkimuksen tai minkä tahansa kirjallisen tuotoksen tekemisen alkavan aiheen valinnalla ja tietojen hankkimisella. Ojasalo ym. (2009, 67) painottaa konstruktiiivisen tutkimuksen prosessissa ratkaisujen laatimisen tärkeää asemaa, koska se asettaa koko lopulle tutkimukselle suunnan. Tässä vaiheessa tarvitaan aiemmin hankittua teoreettista tietoa, jotta voidaan perustella ratkaisu, jota lähdetään testaamaan, jotta ratkaisu voitaisiin osoittaa oikeaksi. (Ojasalo ym. 2009, 67.). Hirsjärven ym. (2010, 63-64) esittämässä tutkimusprosessissa vastaavina vaiheina on aineiston kriittinen tarkastelu, analysointi, tulkinta ja tulosten toteaminen. Ojasalon ym. (2009, 67) konstruktiiivisen tutkimuksen prosessimallissa ratkaisun oikeaksi osoittamisen lisäksi tulee vielä osoittaa käytetyt

teoriakytkennät ja ratkaisun uutuusarvo. Tehdyn työn arvoa lisää vielä, jos kyetään osoittamaan, että ratkaisua voidaan soveltaa laajemminkin, kuin pelkässä testauskohteessa. Kaikki Lukan (2001) kuvassa 4 määrittelemät konstruktivisen tutkimusotteen keskeiset piirteet tulevat tässä prosessikaaviossa myös hyvin esiin.



Kuvio 5: Konstruktivisen tutkimuksen prosessi
(Ojasalo ym. 2009, 67)

Konstruktivinen tutkimus sopi tämän opinnäytetyön lähestymistavaksi, koska tavoitteena oli saada luotua toimintamalli, jonka avulla sairaalassa pystyttäisiin tekemään turvallisuus- ja pelastussuunnitelma oman henkilökunnan voimin.

4.3 Aineistonkeruumenetelmät

Konstruktiiivinen tutkimus sallii monenlaisia menetelmiä ja Ojasalo ym. (2009, 68) kehottaakin, että aineistoa kannattaa kerätä usealla eri tavalla, jotta on mahdollista saada esille jotain uutta. Hirsjärvi ym. (2010, 178-179) varoittaa, että jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa täytyy huomioida, ettei valitse sellaista tutkimusaihetta, jossa aineiston hankinta on liian vaativa tutkimuksen tekijälle. Tämä työ on alusta lähtien ollut kohtuullisen selkeästi rajattu, joten myös aineistonkeruumenetelmien valitseminen oli varsin helppoa. Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen tarvitaan paljon tietoa suunnitelman sisällöstä ja suunnitelman tekemisen menetelmistä. Toimintamallin luomisesta varten tarvitaan menetelmätietoa toimintamallin luomisesta. Koska toimintamallia tehdään sairaalaan, tarvitaan tietoa nimenomaan sairaalaan liittyvistä turvallisuusriskeistä ja erityispiirteistä.

4.3.1 Kehittämistyön tietoperusta

Niin kuin kuvassa 5 esitetty konstruktiiivisen tutkimuksen prosessi (Ojasalo ym. 2009, 67) havainnollistaa, tutkimuksen toisena vaiheena on tiedon hankinta. Hirsjärvi ym. (2010, 87) toteavat tutkimusaiheesta hankitun tiedon olevan koko työn perusta ja osoittavan myös työlle suuntaa. Tässä työssä pelastuslainsäädäntö on isossa osassa ja tietoa on hankittu lukemalla ja vertailemalla uutta sekä vanhaa lainsäädäntöä asiasta. Valmista vertailua ja tulkintaa lainsäädännöstä löytyy mm. Suomen Pelastusalan Keskusjärjestön ja eri pelastuslaitosten nettisivuilta. Lisäksi Luuri (2012) ja Bourdache (2013) ovat opinnäytetöissään tehneet toimintamalleja turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseen ja vertailleet myös lainsäädännön muutoksia. Muun muassa näistä lähteistä on haettu tietoa aiheen lainsäädännöstä. Opinnäytetöistä on haettu myös tietoa menetelmän käyttämisestä, eli toimintamallin luomisesta.

Työn tekemiseen vaadittavaa tietoperustaa sairaalaturvallisuudesta haettiin ensisijaisesti kirjallisuudesta. Aika pian selvisi, että sairaalaturvallisuudesta löytyy paljon materiaalia etenkin potilasturvallisuuteen liittyen sekä hoitajien kokemaan työväkivaltaan liittyen, mutta kokonaisuutta käsitteleviä teoksia ei montaa löytynyt. Potilasturvallisuutta käsittelevissä teoksissakin keskitytään yleensä enemmän potilaan hoidollisiin riskeihin. Ne olivat hyödyllisiä myös avaamaan toimintaa ja toimenpiteitä kulissien takana. Hyödyllistä tietoa löytyi lisäksi muutamasta lähteestä, jossa sairaalan toimintaa lähestyttiin poikkeustilanteiden hoitamisen näkökulmasta. Etenkin sairaalaturvallisuutta yleisemmin käsittelevä materiaali oli lähinnä englanniksi ja oli yllättävää, että suomenkielistä tietoa löytyi niin sirpaleisesti.

Paloturvallisuus on aiheena sen verran tärkeä, että siitä löytyi tietoa mukavasti ja jopa sairaaloihin ja hoitotyöhön yksilöitynäkin. Suomen Pelastusalan Keskusliitolla on useampia

julkaisuja paloturvallisuuteen liittyen ja hoitotyölle on tehty omansa. Tietoa sairaalan paloturvallisuudesta löytyi paljon internetistä tilastoina, sekä ulkomaisista sairaalapaloista tehdyistä raporteista.

Pelastussuunnittelusta löytyy paljon tietoa Suomen Pelastusalan Keskusliiton internetsivuilta sekä heidän julkaisemistaan oppaista. Myös pelastuslaitosten nettisivuilta löytyy ohjeita ja mallipohjia pelastussuunnitelman tekemiseen eri kohteisiin ja näitä ohjeita ja mallipohjia tarkasteltiin tämänkin työn yhteydessä. Monista materiaaleista löytyy myös ohje ja mallipohja pelastussuunnitelman tekemiseen hoitolaitokseen. Muuta hyödyllistä tietoa olivat jo aiemmin mainitut opinnäytetyöt. Turvallisuussuunnittelusta ei paljon tietoa löytynytkään, koska aihe on selvästi hankalammin määriteltävissä kuin pelastussuunnittelu. Sosiaali- ja terveysministeriö (2011) on kuitenkin laatinut oppaan riskienhallinnasta ja turvallisuussuunnittelusta sosiaali- ja terveydenhuollossa, jota hyödynnettiin tässä työssä.

Kehittämistyön tekemisestä ja etenkin konstruktiiivisesta tutkimuksesta oli aika rajatusti tietoa saatavilla. Muutama kirja kertoi näistä aiheista kyllä sitäkin kattavammin. Tiedon rajallisuus johtui todennäköisimmin siitä, että kehittämistyötä ei ole niinkään pidetty tutkimuksellisenä tekemisenä, vaan enemmän arkitietoon perustuvana yrityksen ja erehdyksen kautta toimivana kehittämisenä. Ojasalo ym. (2009, 3) kertovatkin tarjoavansa lukijoilleen uusia eväitä kehittämistyön tekemiseen.

4.3.2 Teemahaastattelut

Toimintamallin luomiseksi oli tärkeää saada tietoa sairaalaturvallisuudesta myös muualta kuin kirjallisista ja sähköisistä lähteistä, etenkin kun suomenkielisiä kokonaisvaltaisesti sairaalaturvallisuutta käsitteleviä kirjoja ei oikein löytynyt. Alan asiantuntijoita oli lähialueilla useampia, joten heidän asiantuntemuksensa hyödyntäminen kehittämistehtävän tekemisessä täydensi hyvin kirjallisen tiedon puutetta. Tarkoituksena oli saada syvempää tietoa, kuin mitä kyselyllä voitaisiin hankkia, joten menetelmäksi valikoitui haastattelu. Tietoperustan ja haastattelun lisäksi käytössä oli vielä muitakin menetelmiä, joten haastattelu oli siitä syystä sopiva rinnakkaismenetelmä (Ojasalo ym. 2009, 95).

Haastatteluilla haluttiin täydentävää ja syventävää tietoa ennaltamääritellyistä aiheista, joten puolistrukturoitu haastattelu, eli teemahaastattelu sopi tarkoitukseen parhaiten. Teemahaastattelussa haastattelija on määritellyt haastattelun aiheet etukäteen mutta niillä ei ole tarkkaa järjestystä ja aiheista voidaan kysyä eri tavalla tilanteen mukaan (Metsämuuronen 2000, 42; Hirsjärvi ym. 2010, 208). Ojasalo ym. (2009, 97) määrittelevät teemahaastattelua niin, että kysymykset tulee olla laadittuna etukäteen mutta niiden esittämisjärjestystä tai sanamuotoja voi vaihdella haastattelutilanteessa. Tilanteen mukaan

on kuitenkin mahdollista jättää jotain kysymättä tai kysyä jotain uutta, vaikka haastattelussa esille tulleesta asiasta.

Teemahaastatteluja tehtiin kolme kappaletta kesäkuussa 2013. Haastateltavina olivat Securitas Oy:n sosiaali- ja terveydenhuollon turvallisuuspalveluiden palvelujohtaja Ville Salonen, Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyöntekijän turvallisuuspäällikkö Jussi Jokivaara sekä HUS-kiinteistöt Oy:n turvallisuuspäällikkö Aaro Toivonen. Kaikilla haastateltavilla on sairaalaturvallisuudesta pitkä kokemus ja lisäksi Toivosella ja Salosella oli myös muitakin yhtymäkohtia kehitystyöhön. Salonen on aikanaan tehnyt Jorvin sairaalaan pelastussuunnitelman, jonka pohjalta Herttoniemen sairaalan pelastussuunnitelma oli tehty. Toivosen edellinen työpaikka oli ollut Helsingin Kaupungilla turvallisuuspäällikkönä vastuualueenaan mm. Herttoniemen sairaala ja nykyäänkin HUS:lla on toimintaa myös Herttoniemen sairaalassa.

Haastattelut olivat noin tunnin mittaisia ja niissä käsiteltäviä teemoja olivat sairaalaturvallisuuden suurimmat riskit, paloturvallisuus ja henkilökunnan turvallisuuskoulutus. Haastatteluista tehtiin muistiinpanot mutta haastatteluja ei litteroitu, koska niistä ei ollut tarkoitus etsiä määrällisiä yhteyksiä, jotka muutenkin olisivat olleet vähäisiä, kun haastateltavia oli vain kolme. Haastattelujen pohjalta kehittämistyöhön saatiin paljon lisää syvyyttä ja huomioitua sellaisiakin asioita, jotka muuten olisivat voineet jäädä huomiotta.

4.3.3 Benchmarking

Benchmarking menetelmässä verrataan toisten toimintaa omaan toimintaan ja pyritään löytämään ratkaisuja, joita voidaan soveltaa myös omassa toiminnassa. Näin saadaan kehitettyä omaa toimintaa ja otettua käyttöön jo hyväksi havaittuja ratkaisuja. Ojasalo ym. (2009, 44) kertoo menetelmä soveltuu hyvin muun muassa toimintaprosessien kehittämiseen.

Käytin menetelmää etsiessäni sopivaa sisältöä ja ulkoasua turvallisuus- ja pelastussuunnitelmalle. Herttoniemen sairaalassa oli käytössä pelastussuunnitelma, joka oli tehty pienin muutoksin samalla pohjalla kuin Haartmanin sairaalan pelastussuunnitelma ja pystyin vertailemaan pelastussuunnitelmia keskenään. Käytössäni oli myös Helsingin kaupungin terveysasemien käyttämä turvallisuus- ja pelastussuunnitelmapohja, sekä Bourdachen (2013) tekemä Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen turvallisuus- ja pelastussuunnitelmapohja Helsingin kaupungin sosiaali- ja terveysviraston hoitolaitoksille ja palvelu- ja tukiasumiseen. Näiden lisäksi tarkastelin pelastuslaitosten nettisivuilta löytyviä pelastussuunnitelmapohjia hoitolaitoksille. Jokivaaran teemahaastatteluun yhdistyi myös joltain osin benchmarking, kun kävimme haastattelun yhteydessä kierroksella tutustumassa

tarkemmin Päijät-Hämeen keskussairaalan toimintaan ja Jokivaaran hyväksi havaitsemiin käytäntöihin.

4.3.4 Havainnointi

Havainnointi on ollut myös yksi tärkeä menetelmä tässä opinnäytetyössä etenkin sen testausvaiheessa. Konstruktiivisen tutkimuksen prosessin (kuva 5) yksi mielenkiintoinen vaihe on ratkaisun toimivuuden testaus, jonka aikana kehitystyön tulos joutuu testiin. Tässä tapauksessa testaus tarkoitti turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemistä toimintamallin mukaan. Ojasalo ym. (2009, 42) suosittelevat havainnointia kehittämistyön menetelmänä, koska silloin kehittäjä pääsee itse paremmin sisälle aiheeseen ja voi samalla saada uusia hyviä ideoita. Tässä tapauksessa kehittäjä pääsi hyvinkin sisälle aiheeseen vetämällä turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekoprosessin läpi alusta loppuun. Samalla toimintamallin toimivuutta pystyttiin havainnoimaan joka vaiheessa ja arvioimaan sen etuja ja haittoja.

Havainnoinnin menetelmää ei tässä työssä muutenkaan ole voitu välttää, koska työtä tehtiin kolme kuukautta Herttoniemen sairaalassa. Siihen sisältyi paljon kiertelyä kiinteistön alueella, ihmisten toiminnan havainnointia sairaalaympäristössä sekä keskusteluja sairaalan henkilökunnan jäsenten kanssa. Siinä ympäristössä syntyi havainnointia myös tarkoituksetta.

5 Kehittämistyön toteutus

Opinnäytetyön tekeminen alkoi, kun Herttoniemen sairaalasta tuli pyyntö saada apua pelastussuunnitelman päivittämiseksi uuden pelastuslain mukaiseksi. Jo pelkkä pyyntö on mielenkiintoinen ja kertoo, että pelastussuunnitelman päivittämiselle ei ole organisaatiossa aikaa, tai se katsotaan liian haasteelliseksi. Tästä päästiin ongelman ytimeen: voisiko pelastussuunnitelman tekemistä helpottaa niin, että organisaatio selviytyisi siitä helpommin omin voimin? Monille pelastussuunnitelman tarvitsijoille on luotu omia pelastussuunnitelmapohjia ja ohjeita, jotka auttavat suunnitelman tekemisessä, niinpä sairaalallekin voitaisiin tehdä oma toimintamallinsa pelastussuunnitelman tekemiseksi. Sen avulla sairaalan oman henkilökunnan tai kenen hyvänsä pelastussuunnitteluun vihkiytymättömän olisi helpompaa saada pelastussuunnitelma tehdyksi kun askelmerkit ovat valmiina näkyvissä. Heti alussa pelastussuunnitelma laajentui vielä turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaksi, koska Herttoniemen sairaalassa haluttiin saada kaikki yleiset turvallisuusohjeet mieluummin samaan dokumenttiin entisen erillisten turvallisuuskansion ja pelastussuunnitelman sijaan.

5.1 Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Työn tekeminen alkoi toukokuussa 2013 ja pelastussuunnitelman tuli olla valmiina 1.7.2013, koska se oli uuden pelastuslain (379/2011) määrittämä päivämäärä pelastussuunnitelmien päivittämiselle uuden lain mukaisiksi.



Kuvio 2: Opinnäytetyöprosessin eteneminen

Kuvassa 6 on kuvattu opinnäytetyöprosessin eri vaiheiden etenemistä. Monet vaiheet ovat menneet paljon päällekkäin ja tietoa aiheesta on hankittu prosessin alusta loppuun saakka. Toimintamalli saatiin testattua ajoissa, eli turvallisuus- ja pelastussuunnitelma Herttoniemen sairaalaan valmistui ajallaan ja opinnäytetyöraportin kirjoittaminenkin alkoi jo heti työn ollessa hyvässä vaiheessa käynnissä. Raportti jäi sitten kuitenkin roikkumaan lähes kahdeksi vuodeksi odottamaan loppuun kirjoittamista, koska etäännyminen sairaalaympäristöstä ja kehittämistyön tekijän elämäntilanne heti sairaalan turvallisuus- ja pelastussuunnitelman valmistumisen jälkeen ei ollut kovin otollinen työn loppuun suorittamiseen.

Varsinainen työ alkoi perehtymällä sekä uuteen että vanhaan lainsäädäntöön, jotta saataisiin kuva siitä, mitä uutta pelastussuunnitelman tulee sisältää. Helsingin kaupungin pelastuslaitokselta olikin tullut sairaalalle jo suunnitelman päivitysohjeita, joissa neuvottiin, että riskien ja vaarojen arviointia voisi ryhtyä tekemään heti ja se vaikutti olevan suurin konkreettinen uudistus laissa.

Aiheen määrittely alussa oli varsin nopea prosessi, vaikka siinäkin oli sittemmin omat ongelmansa. Sain tiedon, että uusi pelastussuunnitelma tulee tehdä Helsingin

pelastuslaitoksen julkaisemaan uuteen sote-pohjaan, joka on tarkoitettu erilaisille hoitolaitoksille (Bourdache 2013). Ensimmäisen viikon aikana sain pelastuslaitokselta uuden sote-pohjan. Luin sen läpi ja se sisälsi erittäin yksityiskohtaiset ohjeet riskien ja vaarojen arviointiin, sekä heidän oman mallipohjansa täyttämiseen. Olin jo hahmotellut erilaisia toimintamalleja eri riskien arviointityökalujen pohjalta ja sote-oppaan käyttämä malli oli hyvin samanlainen omani kanssa. Oman mallini tein pk-rh- sivustolla esiteltyjen työkalujen pohjalta. Sote-mallipohjan saamisen jälkeen totesin, että oma työni onkin jo tehty, koska se sisälsi hyvät toimintaohjeet turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi. Pitäisi siis keksiä jotain muuta. Aloittuani tekemään turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaa uuteen pohjaan totesin sen olevan monissa kohdissa kuitenkin epäkäytännöllinen sairaalan tarpeisiin, koska pohja on tarkoitettu enemmänkin pieniin hoitolaitoksiin, joissa asuu ihmisiä kodinomaisissa olosuhteissa. Lisäksi Helsingin kaupungin turvallisuusasiantuntija oli eri linjoilla uuden sote-pohjan käyttämisestä ja halusi enemmän pitää kiinni vanhasta pelastussuunnitelmasta, jonka pohjarakenne on aikanaan tehty sairaaloille. Näin pääsin jatkamaan oman toimintamallini rakentamista, mutta sain avukseni hyvän valmiin mallin, jota käytin apuna tehdessäni paremmin sopivaa mallia sairaalan tarpeisiin.

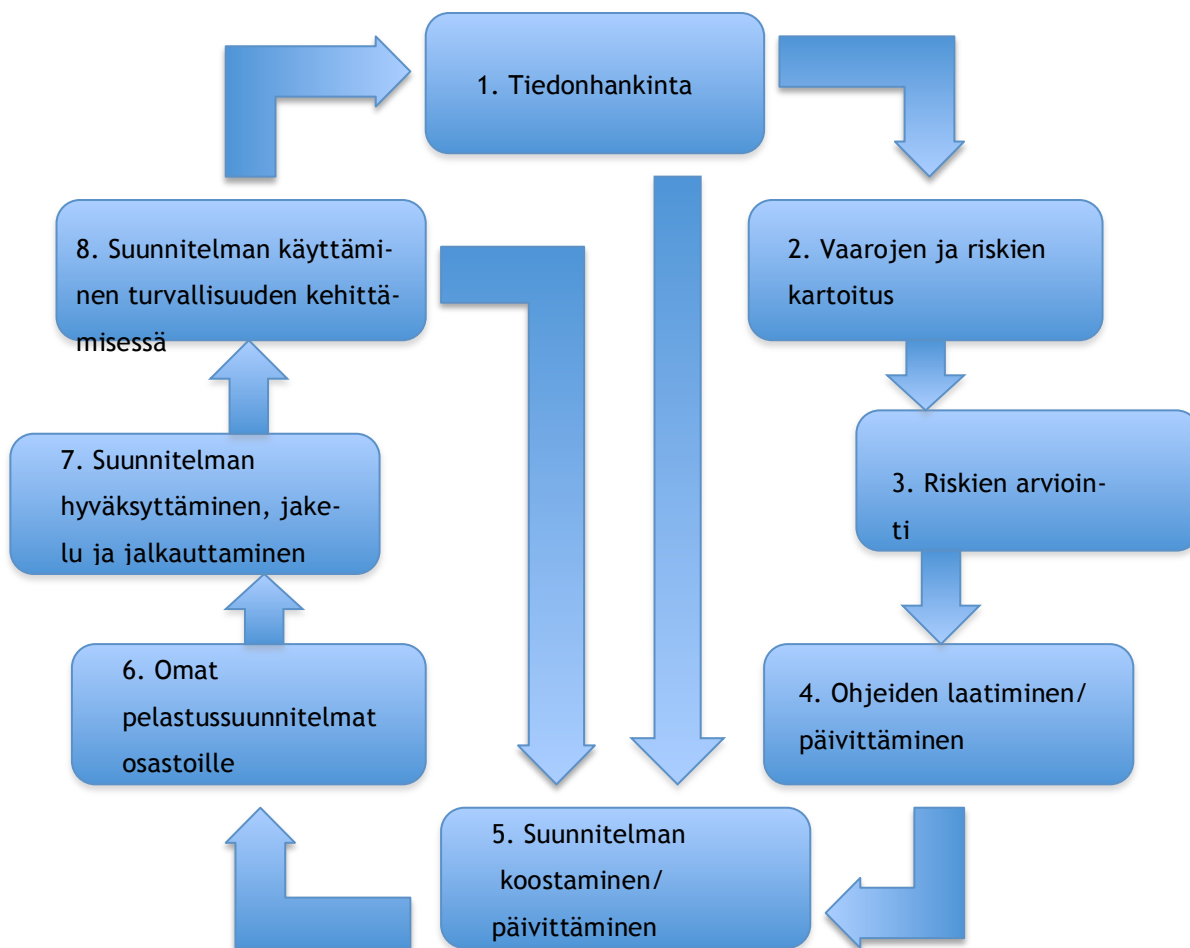
5.2 Toimintamallin luominen

Toimintamallin luominen oli toisaalta hyvin helppoa mutta toisaalta taas hyvin haastavaa. Helppoa sen vuoksi, että pyörä on kyllä jo keksitty, eli kaikenlaisia toimintamalleja on jo olemassa eikä mitään tarvinnut niin sanotusti nyhjäistä tyhjältä. Samalla tämä helppous sisälsi myös sen haastavuuden. Valmiiksi kehitettyjä toimintamalleja on vaikea lähteä rikkomaan ja muutosten järkevyyden pohdittava ja perusteltava tarkkaan, muuten koko muutos on turha. Pyrinkin joka vaiheessa pitämään kiinni siitä, että mallia seuraamalla saataisiin aikaan yksilöity ja helppolukuinen turvallisuus- ja pelastussuunnitelma, johon organisaation työntekijät olisivat jo tekovaiheessa tutustuneet ja sitoutuneet.

Ajatukseni alusta asti oli saada henkilökunta paremmin sitoutettua turvallisuusasioihin ja tehdä turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tunnetummaksi. Tämän vuoksi halusin osallistaa niin paljon henkilökuntaa kuin mahdollista. Sote-oppaassa (Bourdache 2013) neuvotaan pitämään riskien arviointipalaveri mahdollisimman isolla porukalla, jotta mahdollisimman moni pääsee osallistumaan. Totesin heti, että se ei Herttoniemen sairaalassa tule onnistumaan monesta syystä. Myös turvallisuuskävelyn järjestäminen kaikkien kanssa ei olisi ollut tarkoituksenmukainen. Nämä kohdat vaativat eniten muutosta ja myös työtä työn vetäjältä.

5.3 Toimintamallin kuvaus

Alla olevasta kuvasta 7 näkyy suunnittelemani toimintamallin eri vaiheet. Toimintamalli on kuvattu kehän muotoon, koska riskienhallinta yleensäkin perustuu jatkuvaan kehittämiseen. Lisäksi pelastussuunnitelma tulee lain mukaan päivittää vähintään vuoden välein, joten se myös tukee toimintamallin kehämuotoa. Työn vetäjänä olisi hyvä olla yhdestä kolmeen henkilöä, joilla on mahdollisuus perehtyä kunnolla turvallisuus- ja pelastussuunnitelman laatimiseen. Vetäjällä pitää myös olla käytettävissään tarpeeksi aikaa prosessin läpiviemiseen. Jos sairaalalla on oma turvallisuuspäällikkö tai turvallisuusasiantuntija, joka tuntee hyvin sairaalan ja on käytettävissä prosessin vetämiseen, olisi hän hyvä prosessin vetäjä. Seuraavaksi kuvataan lyhyesti mallin eri vaiheiden sisältö mutta tarkempi toimintamalli, jonka avulla turvallisuus- ja pelastussuunnitelma voidaan tehdä löytyy liitteestä 1.



Kuvio 3: toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi

Vaihe 1.

Työ alkaa tiedonhankinnalla, joista lain määrittelemä pelastussuunnitelman sisältö ja vaatimukset on tarkistettava ensin. Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmalle saattaa myös olla olemassa jo valmiiksi määritelty pohja, johon suunnitelma tulee tehdä. Tämä muoto tulee myös selvittää heti alussa. Tämä tieto on saatavissa sairaalan turvallisuuspäälliköltä tai turvallisuusasiantuntijalta. Sairaalassa on jo vanhastaan olemassa pelastussuunnitelma, johon tulee perehtyä hyvin. Jos se on edelleen ajantasainen ja muutenkin kattava, päivittäminen on helpompaa. Kaikki aikaisemmat raportit turvallisuuskävelyistä, riskien kartoitus ja arviointi palaverista, työturvallisuusselvitykset yms. tulee tässä vaiheessa etsiä ja perehtyä niiden tuloksiin. Niiden avulla prosessin vetäjä pääsee aiheeseen sisälle ja pystyy muodostamaan kokonaiskuvan sairaalan riskienhallinnan tilasta.

Vaihe 2.

Toisena vaiheena on vaarojen ja riskien kartoitus. Tämä on prosessin kaikkein raskain ja aikaa vievin vaihe, koska tarkoituksena on saada mahdollisimman moni sairaalan henkilökunnasta osallistumaan jollain lailla vaarojen ja riskien kartoittamiseen. Paras tapa on pitää osastoittain riskien kartoittamispalavereja, johon osallistuva henkilökunta on saanut ennakkotehtäviä mietittäväkseen. Niillä osastoilla, jossa yhteisen palaverin järjestäminen ei ole mahdollista, riskien kartoitus voidaan toteuttaa pelkällä ennakkotehtävällä tai kyselyllä ja osastonhoitajan haastattelulla. Jos vain mahdollista, palaverin yhteydessä on hyvä järjestää osaston omien tilojen turvallisuuskävely. Tarkoituksena on, että kaikki sairaalassa tehtävät toiminnot ja niihin liittyvät riskit tulevat kartoitettua. Samalla henkilökunta saadaan aktiivisesti osallistumaan turvallisuussuunnitteluun ja heille tulee henkilökohtaisempi side turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaan. Tässä vaiheessa voidaan jo palaverien yhteydessä tehdä karkeaa riskien arviointia osastoittain.

Vaarojen ja riskien kartoitukseen sisältyy myös koko kiinteistön kattava turvallisuuskävely. Tämä on syytä tehdä rakennus kerrallaan. Mukaan otetaan henkilöitä, jotka liikkuvat laajemmalla alueella kiinteistössä ja joilla on kokonaiskuvaa kiinteistön toiminnasta eri näkökulmista. Mukana täytyy olla myös joku sairaalan johdosta. Tällaisia henkilöitä ovat ylihoitaja, kiinteistön käyttöpäällikkö (tekniikasta vastaava), kiinteistön vahtimestari tai vartija, sekä työsuojeluvastaava. Muitakin henkilöitä voidaan ottaa mukaan mutta ryhmän koko kannattaa pitää pienenä, että kaikki ehditään kiertää. Koska sairaalakiinteistöt ovat usein suuria, keskitytään tässä turvallisuuskävelyssä enemmän ulkotiloihin, yleisiin tiloihin ja niihin tiloihin, jotka eivät kuulu millekään osastolle. Osastojen riskien kartoittamispalaverissa käydään läpi osastojen tilat.

Vaihe 3.

Kolmantena vaiheena on riskien arviointi. Tiedonhankkimisvaiheessa ja kartoitusvaiheessa on tullut paljon tietoa, joka prosessin vetäjän on ensin analysoitava helposti käsiteltävään muotoon. Hän listaa aiemmin havaitut vaarat ja riskit, sekä nyt kartoituksen myötä tulleen tiedon. Tämän jälkeen riskien arviointiin järjestetään oma palaveri. Palaveriin ei kannata kutsua liikaa osallistujia, koska muuten tilaisuus helposti venyy ja sitä on muutenkin hankala järjestää. Isoissa kohteissa on syytä pitää oma palaverinsa joka rakennuksessa.

Vaihe 4.

Neljäntenä vaiheena on ohjeiden laatiminen ja/tai päivittäminen. Turvallisuusohjeet ovat yksi konkreettisimmista turvallisuus- ja pelastussuunnitelman osista ja niihin on kiinnitettävä tarpeeksi huomiota. Kaikkien ohjeiden on oltava ajan tasalla ja niiden tarpeellisuus on arvioitava. Ohjeiden on oltava sellaisia, että kaikki pystyvät niitä noudattamaan omasta työtehtävästään riippumatta, tai sitten ohjeessa on mainittava ketä ohje koskee. Ohjeissa on myös huomioitava, että ohjeita voidaan noudattaa myös yöaikana tai pyhinä ja viikonloppuina. Ulkoasuun on kiinnitettävä erityistä huomiota. Ohjeita kannattaakin tarkistuttaa välillä kohdehenkilöillä, eli heillä kenelle ohjeet on tarkoitettu.

Vaihe 5.

Viidentenä vaiheena on turvallisuus- ja pelastussuunnitelman koostaminen / päivittäminen. Jos suunnitelma on ollut jo olemassa ja se on tarpeeksi kattava ja selkeä, siihen tarvitsee vain päivittää muuttuneet tiedot. Näitä voivat olla vastuuhenkilöiden vaihtuminen, kohteen yleisten tietojen muuttuminen, riskien arvioinnin myötä havaitut uudet riskit tai muuta vastaavaa. Täysin uutta suunnitelmaa tehtäessä kaikki tiedot täytyy täyttää aiemmin määriteltyyn muotoon. Liitteessä 2 on esimerkki turvallisuus- ja pelastussuunnitelman sisällysluettelosta. Suunnitelma on pyrittävä pitämään mahdollisimman luettavana ja sitä on hyvä havainnollistaa valokuvilla kohteesta aina kun mahdollista. Luettavuuden vuoksi suunnitelma on tehty niin, että vaarojen ja riskien arvioinnit löytyvät suunnitelmasta luvusta 3 ja turvallisuusohjeet luvusta 6. Ne ovat suurimmalle osalle lukijoista kaikkein tärkeimmät ja näin ollen myös helpoimmat hahmottaa.

Vaihe 6.

Vaihe kuusi on omien pelastussuunnitelmien tekeminen osastoille. Tämä tarkoittaa maksimissaan viiden sivun mittaista ohjetta, jossa on perustiedot osastosta. Siinä käydään myös havainnollisesti valokuvien avulla läpi toiminta tulipalotilanteessa. Tarkoituksena on madaltaa kynnystä turvallisuus- ja pelastussuunnitelman lukemiseen ja varmistaa, että kaikki lukisivat edes tämän lyhyen suunnitelman. Liitteessä 3 on pohja tälle suunnitelmalle. Tämän suunnitelman tekemisen voi hyvin delegoida eteenpäin kullekin osastonhoitajalle.

Vaihe 7.

Vaiheessa seitsemän on turvallisuus- ja pelastussuunnitelman hyväksyttäminen, jakelu ja jalkauttaminen. Sairaalan johdon on hyväksyttävä suunnitelma, jotta se voidaan virallisesti ottaa käyttöön. Tällä johto myös osoittaa sitoutumistaan ja vastuu suunnitelman sisällöstä siirtyy johdolle. Suunnitelman jakelu ja jalkauttaminen on yksi prosessin tärkeimmistä vaiheista. Jos se epäonnistuu, suunnitelma jää vain lain kirjaimen täyttäväksi papereiksi mappeihin, mutta ei kehitä sairaalan turvallisuutta eteenpäin. Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman valmistuttua se on hyvä laittaa sairaalan intranettiin saataville, sekä myös tulostaa jokaiselle osastolle luettavaksi. Suunnitelman sisällöstä ja sen käyttämisestä pitää järjestää oma palaverinsa tai se on esiteltävä jonkun isomman palaverin yhteydessä. Paikalla on syytä olla kaikkien osastojen esimiehet tai joku jokaisesta osastolta, joka voi edelleen esitellä suunnitelman oman osastonsa palaverissa. Esimiehet huolehtivat osastokohtaisesti, että henkilökunta perehtyy suunnitelmaan esimerkiksi kuittauslistan tai työturvallisuustehtävän avulla. Jalkauttamista helpottaa, jos vaarojen ja riskien kartoitus on tehty toimintamallin määrittämällä tavalla, koska turvallisuus- ja pelastussuunnitelma on henkilökunnalle jo jonkin verran tuttu kartoituspalaverista.

Vaihe 8.

Viimeisenä kahdeksantena vaiheena on turvallisuus- ja pelastussuunnitelman käyttäminen turvallisuuden kehittämisessä ja ajallisesti katsottuna tämä vaihe kestää vuoden syklissä pisimpään. Pelastuslain mukaan suunnitelma täytyy päivittää vuoden välein. Vaiheet 1-7 vievät prosessin laajuudesta riippuen korkeintaan kaksi kuukautta mutta kahdeksas vaihe kattaa loput kymmenen kuukautta. Tässä vaiheessa kaikki kiinteistöissä tekevät omaa työtään mutta samalla huomioivat työhönsä liittyviä turvallisuusriskejä ja pyrkivät ennaltaehkäisemään niitä. Mikäli joku havaitsee vaaroja tai riskejä, joita ei ole käsitelty turvallisuus- ja pelastussuunnitelmassa, hänen tulee ottaa yhteyttä suunnitelmassa mainittuun yhteyshenkilöön ja tuoda asia esille. Tarvittaessa turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaa voidaan päivittää saman tien lisäämällä havaittu riski tai ohje siihen ja jakelemalla päivitetty suunnitelma eteenpäin.

5.4 Mallin testaaminen

Toimintamalli testattiin tekemällä sen mukaan turvallisuus- ja pelastussuunnitelma Herttoniemen sairaalaan. Monessa kohdin tuli selväksi, että mallia täytyy tarkentaa tai toimintaohjeita suorastaan muuttaa, koska yhtenä pohjana toimintamallille oli käytetty pienemmän yksikön suunnitelman tekemiseen tarkoitettuja ohjeita, eivätkä ne kaikilta osin suoraan soveltuneet kovin hyvin suureen sairaalaan, jossa on paljon eri toimijoita. Edellisessä luvussa kuvattu toimintamalli on testauksen jälkeen päivitetty versio toimintamallista.

Ensimmäiseksi täytyi tietenkin perehtyä kohdeorganisaatioon, eli Herttoniemen sairaalaan ja sen turvallisuus- ja pelastussuunnitelmiin. Suunnitelmien lukemisen jälkeen tehtiin ylihoitajan kanssa kierros sairaalan tiloissa, jolloin suunnitelman tietoja sai kohdennettua tiettyihin paikkoihin. Kun ulkopuolisena lukee edellä mainitut suunnitelmat, se antaa jonkinlaisen kuvan toiminnasta mutta ei vielä kerro koko totuutta eli organisaation tapaa toimia arkipäivän tilanteissa. Näiden tietojen hankkiminen alkoi parhaiten taukuhuoneessa kahvin ja ruokailujen yhteydessä. Kuuntelemalla henkilökuntaa voi oppia paljon organisaation jokapäiväisestä toiminnasta. Muita taustatietoja suunnitelmaa varten saatiin palotarkastusraportista, Hai-pro-raporteista sekä osastojen työn vaarojen

Uuden pelastuslain vaatimukset pelastussuunnitelmalle oli toinen selvitettävä asia. Tähänkään ei ollut aivan helppoa löytää vastausta. Pelastuslaissa kyllä lukee, mitä vaaditaan mutta mitä se käytännössä tarkoittaa on toinen juttu. Varsinaisia ohjeita pelastussuunnitelman tekemiseen sairaalaan ei tuolloin oikein löytynyt. Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen palotarkastaja, jonka kohde Herttoniemen sairaala oli, auttoi sisällön selvittämisessä aina tarpeen mukaan.

Ennen työn aloittamista oli jo ollut puhetta, että Helsingin kaupungin pelastuslaitokselta oli tulossa uusi mallipohja sosiaali- ja terveysviraston laitoksille, johon pelastussuunnitelma pitäisi tehdä. Se saatiin käyttöön toukokuun alussa. Opas (Bourdace 2013) sisältää varsin yksityiskohtaiset ohjeet vaarojen ja riskien arviointiin ja niitä pystyttiin osittain hyödyntämään prosessissa. Aluksi oli tarkoituksena, että sairaalan turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tehtäisiin tähän uuteen sote-pohjaan mutta matkan varrella käytettäväksi pohjaksi määrityksi jo aikaisemmin käytössä ollut sairaaloille tehty mallipohja.

Perustietoja suunnitelmaan hankin mallin mukaisesti vanhasta suunnitelmasta, sekä käyttöpäälliköltä, ja myös ylihoitajalta. Käyttöpäällikkö pystyi selvittämään kaikki tekniikkaan liittyvät asiat ja ylihoitaja erilaiset käytännöt. Huomasin myös, että suunnitelma muotoutui jatkuvasti sen mukaan, mitä enemmän pääsin sisälle työyhteisöön ja ymmärsin sen toimintatapoja ja taustoja.

Taustatietojen selvitystyön jälkeen tehtiin turvallisuuskävely pienellä porukalla ulkotiloissa ja kellarissa. Tarkoituksena oli kiertää suunnilleen koko kiinteistö mutta kiinteistön ollessa hyvin laaja, jätimme suuren osan sisätiloista kävelemättä. Mukaan oli otettu ylihoitaja, käyttöpäällikkö, laitoshuollon esimies, kiinteistönhuollon esimies ja vahtimestari. Kiersimme tilat ja keskustelimme näkemästämme. Samalla löysimme myös kohteita, joihin voisi kiinnittää huomiota ja merkitsimme havaintojamme tarkistuslistaan ylös. Käytimme turvallisuuskävelyllä Helsingin kaupungin pelastuslaitoksen (Bourdache 2013) antamaa tarkistuslistaa. Sisätilojen osalta ajatuksena oli, että niitä olisi parempi kiertää osastoittain

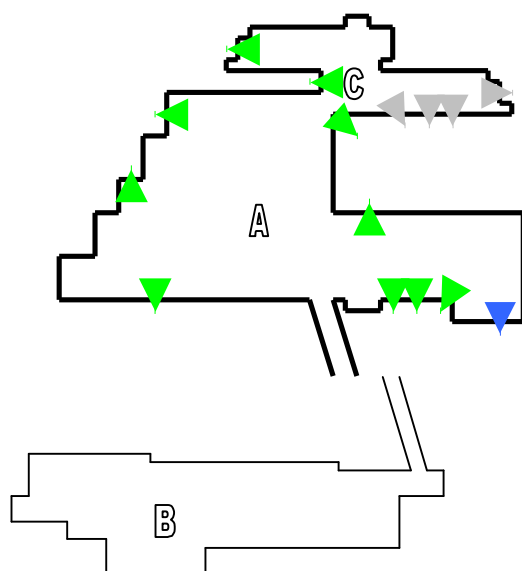
kunkin osaston henkilökunnan kanssa. Työntekijöiden liikkuma-alue kiinteistössä on kuitenkin aika pieni: oma osasto, reitti ruokalaan ja ulos, reitti pukutiloihin. Vaikka heillä voisi olla paljon ideoita muiden osastojen järjestelyistä, yhteiskierroksen järjestäminen oli käytännössä mahdotonta.

Herttoniemen sairaalassa on seitsemän vuodeosastoa, joilla yhtä lukuun ottamatta hoidetaan pääasiassa toimintakyvyiltään erilailla rajoittuneita potilaita. Potilaiden joukossa on paljon muistisairaita ja huonosti liikkuvia vanhuksia. Vuodeosastojen lisäksi kiinteistössä on päiväkirurgiaa, laboratorio, kuvantamista, fysio- ja toimintaterapiaa, sosiaalityötä, yms. Toimintoja on siis laidasta laitaan. Saman kiinteistön toisessa rakennuksessa toimii vieläpä kirjasto. Lisäksi kiinteistön kaikki toimijat eivät kuulu samaan organisaatioon. Erilaiset toiminnot sisältävät erilaisia riskejä, joten sovin kaikkien osastojen kanssa tunnin palaverin riskien kartoitusta varten. Mahdollisuuksien mukaan palaverit pyrittiin järjestämään osastokokousten yhteydessä niin, että mahdollisimman moni pääsisi osallistumaan. Ennen palaveria annoin tehtäväksi miettiä riskejä oman henkilökunnan kesken jo valmiiksi. Joidenkin osastojen kanssa kokeilin eri tapoja. Joiltakin pyysin pelkän paperin, johon he ovat kirjanneet riskejä, joidenkin kanssa juttelin vain osastonhoitajan kanssa, tai sitten koko osasto oli paikalla palaverissa. Tarkoituksena oli, että kaikki työntekijät joutuisivat jossain määrin osallistumaan. Joissain tapauksissa tämä jäi osastonhoitajan harteille ja tiedän, että se ei kaikkialla toteutunut suunnitellusti. Muutamilla osastoilla teimme palaverin yhteydessä hyvin suppean turvallisuuskävelyn. Kokeilin eri tapoja eri osastoilla, koska halusin selvittää, mikä tapa toimisi käytännössä parhaiten. Palavereissa sain myös jonkinlaisen käsityksen kunkin osaston turvallisuuskulttuurista, etenkin silloin kun työntekijät olivat paikalla. Olin suorastaan hämmästynyt, kuinka erilainen asenne eri vuodeosastoilla oli. Muutamalla osastolla ilmapiiri oli passiivisempi ja välinpitämättömämpi. Siellä riskien kartoitusta oli todella hankalaa vetää. Muutama osasto taas osallistui erittäin aktiivisesti ja oli kunnolla paneutunut asiaan jo etukäteen, niin kuin olin pyytänytkin. Heidän kanssaan palaverista sai paljon irti ja jäi sellainen tunne, että he haluavat yrittää parhaansa ja todella kehittää työpaikkansa turvallisuutta. Jokaisesta palaverista tein itselleni muistiinpanot, joista sitten kokosin riskejä yhteen taulukkoon.

Muutaman pienemmän riskien arviointipalaverin jälkeen pidettiin isompi tilaisuus, jossa oli paikalla noin 15 henkilöä. Tarkoituksena oli saada paikalle osastohenoitajia, jotta voimme arvioida esille tulleita riskejä yhdessä, sekä määrittää niiden syitä ja seurauksia. Mukana oli myös siivous sekä kiinteistönhoito ja -huolto. Tarkoituksena oli saada esille kokonaisuuden puolesta erilaisia näkökohtia. Aikaa oli varattu kaksi tuntia ja se käytettiin, mutta mielestäni tilaisuus ei ollut täysin onnistunut. Ongelmana oli osallistumisen puute, sekä varmaankin asian epäselvyys. Jälleen väkimäärä oli ehkä liian iso. Riskien arviointia tuli kuitenkin tehtyä. Ehdotin tilaisuudessa erilaisia yleistä turvallisuutta parantavia toimenpiteitä vaarojen ja

riskien kartoituksen pohjalta. Asiat jäivät tilaisuudessa auki, vaikka aikaisemmin ehdotukset olivat saanut kannatusta. Jälkeenpäin ymmärsin, että koko kiinteistöä koskevista asioista oli hankala saada aikaiseksi päätöksiä, koska kiinteistössä on toimijoita monesta eri organisaatiosta, joista jokaisella on omat toiminta-alueensa ja johtajansa. Kukaan yksittäinen henkilö ei kuitenkaan päättä koko kiinteistöä koskevista yleisistä asioista. Mielestäni tämä on iso ongelma.

Yksi iso tarpeellinen muutos tehtävään turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaan, joka tuli vasta suunnitelman teon edetessä huomattua, oli Herttoniemen sairaalan kiinteistön B-rakennuksen jättäminen suunnitelman ulkopuolelle. Aikaisemmassa pelastussuunnitelmassa olivat kuvassa 8 näkyvät rakennukset A-C ja ymmärsin, että B-rakennus oli saman hallinnon alla sairaalan kanssa. Aikaa myöten kävi sitten selväksi, että Helsingin kaupungin Herttoniemen sairaalalla ei ole mitään tekemistä B-rakennuksen toimintojen kanssa, eikä sairaalan ylilääkäri vastaa mistään B-rakennuksessa, vain käyttöpäällikkö vastaa tekniikan toiminnasta ja huolloista. B-rakennuksen toimintakin oli aivan muuta kuin sairaalatoimintaa (mm. kirjasto, sosiaaliasema, nuorisotila). Tämän tiedon selvittyä B-rakennus jätettiin suunnitelman ulkopuolelle ja laadin B-rakennukselle oman turvallisuus- ja pelastussuunnitelmansa. Tämä selkeytti turvallisuus- ja pelastussuunnitelmaa molempien rakennusten osalta.



Kuvio 4: Herttoniemen sairaalan kiinteistön pohjapiirustus

Riskien arviointien jälkeen kävin ylihoitajan avustuksella läpi kaikki aikaisemman pelastussuunnitelman ja turvallisuuskansion turvallisuusohjeet. Monet ohjeista olivat aika

yleisiä ja niitä muokattiin paremmin yksilöidymmiksi. Osa ohjeista poistettiin turhina ja joitain lisättiin riskien arvioinnin tuloksena.

Koostin turvallisuus- ja pelastussuunnitelman sairaalan käyttämään vanhaan pohjaan, jota olin muokannut varsin paljon. Kävin kaiken suunnitelmassa olleen tiedon läpi ja yksilöin kaikki mahdollisimman tarkkaan vain Herttoniemen sairaalan kiinteistöä koskevaksi. Lisäsin suunnitelmaan valokuvia teknisistä turvallisuusjärjestelyistä (paloilmoitinkeskus, savunpoisto) ja käytettävistä alkusammutusvälineistä. Tarkoituksena oli saada suunnitelmasta mahdollisimman hyvä luettavuudeltaan ja selkeydeltään.

Herttoniemen sairaalassa oli ollut käytössä omat lyhyet parin sivun mittaiset pelastussuunnitelmat joka osastolla. Niissä oli kuvattu yksilöidysti toiminta osastolla tulipalotilanteessa. Yksilöity suunnitelma koettiin hyväksi ratkaisuksi ja kaikille Herttoniemen sairaalan osastoille tehtiin samalla pohjalla omat yksilöidyt osaston pelastussuunnitelmansa.

Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman valmistuttua sairaalan ylilääkäri hyväksyi suunnitelman se lisättiin Herttoniemen sairaalan käyttämään intranettiin ja tulostettiin kaikille osastoille ja jaeltiin kiinteistön muiden organisaatioiden toimijoille. Esittelin suunnitelman ja sen käyttötarkoituksen osastonhoitajien yhteisessä palaverissa. Tämän jälkeen tarkoituksena oli, että osastonhoitajat esittelevät suunnitelmat edelleen omilla osastoillaan ja huolehtivat siitä, että osaston henkilökunta perehtyy siihen.

Toimintamallin viimeinen osa onkin täysin henkilökunnan harteilla. Henkilökunnan jokapäiväinen toiminta vaikuttaa siihen tuleeko työpaikan turvallisuutta kehitettyä, vai ei. Tätä vaihetta ei ole tässä opinnäytetyössä testattu, koska en enää työsuhteeni loputtua päässyt seuraamaan tilannetta. Seuraamiseksi olisi pitänyt tehdä isompi vertailu- tai kyselytutkimus ennen prosessin aloittamista ja noin vuosi sen jälkeen.

6 Kehittämistyön tulokset ja arviointi

Opinnäytetyön tavoite oli luoda toimintamalli, jonka avulla saataisiin tehtyä turvallisuus- ja pelastussuunnitelma sairaalaan. Tämä tavoite täyttyi hyvin, koska toimintamallia seuraamalla tehtiin Herttoniemen sairaalaan turvallisuus- ja pelastussuunnitelma suunnitellussa aikataulussa. Niin kuin kehittämistöissä yleensä, tätäkin mallia piti säätää ja joitain toimintatapoja muuttaa mallia testattaessa ja sen jälkeen, kun huomattiin, että asioiden tekotapa, -järjestys tai esitystapa eivät olleetkaan niin toimivia, kuin oli alunperin ajateltu. Lisäksi suunnitelmaa tehtäessä selvisi organisatorisia asioita, jotka aiheuttivat muutoksia.

Toimintamalli on perusrakenteeltaan samanlainen kuin riskienhallintaprosessit yleensä mutta toimintavaiheet on yksilöity tarkemmin ja työvaiheet on pyritty kuvaamaan tarkasti, jotta mallia olisi helppo seurata. Koko toimintamalli on tehty sairaalan erityispiirteiden mukaan ja mahdollisimman hyvin sen toimintaan sopivaksi. Koko työn aikana mallia on pyritty rakentamaan niin perusteelliseksi, että sitä seuraamalla turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekeminen sairaalaan onnistuu, vaikka ei turvallisuussuunnittelu olisikaan entuudestaan tuttua.

Toimintamallin avulla aikaansaatu turvallisuus- ja pelastussuunnitelma valmistui ajallaan ja tilaaja oli tyytyväinen siihen. Myös tältä osin tavoite saavutettiin. Suunnitelma on varsin kattava ja käyttäjäystävällisempi kuin edeltäjänsä. Tietenkin edelleen yli 60-sivuisena pumaskana se ei varsinaisesti houkuttele lukemaan. Suunnitelman ulkoasua on selvennetty ja kevennetty kuvilla sekä rakenne on pyritty luomaan sellaiseksi, että suunnitelmasta pystyy helposti löytämään haluamansa aihealueet. Johtoajatuksena oli, että ihan kaikkien pitäisi lukea edes riskien arviointi ja ohjeet, ja niiden pitäisi olla helposti löydettävissä. Riskien arviointi on esitetty mahdollisimman helposti taulukoissa ja ohjeet löytyvät omasta osiostaan.

Tarkoituksena oli, että toimintamallin avulla myös sellaiset henkilöt, joilla ei ole tietoa ja kokemusta turvallisuus- ja pelastussuunnittelusta, pystyvät suunnitelman tekemään. Tämän testaaminen jäi puuttumaan, koska mallin tekijä ei ollut välttämättä paras henkilö testaamaan mallin käyttökelpoisuutta tässä suhteessa. Työn testajalla oli varsin paljon tietoa turvallisuus- ja pelastussuunnittelusta ja työn edetessä sitä tuli jatkuvasti lisää. Toisaalta mallin luojan ja testajan ollessa sama henkilö, pystyttiin mallia heti muokkaamaan käyttökelpoisemmaksi, kun käytössä havaittiin ongelmia.

7 Yhteenveto

Turvallisuussuunnittelu on hyvin toteutettuna henkilökunnan turvallisuustietoisuutta lisäävä prosessi. Sairaalan kokoisessa kiinteistössä se kuitenkin tarkoittaa sitä, että siihen on käytettävä aikaa. Toimintamallien ja valmiiden pohjien käyttäminen helpottaa työtä, kun kaikkea ei tarvitse keksiä ja löytää itse. Haasteena työssä on saada henkilökunta sitoutettua turvallisuuden kehittämiseen niin, että jokainen kokee sen myös omaksi velvollisuudekseen. Jos näin ei tapahdu, turvallisuus- ja pelastussuunnitelmat ovat enemmänkin vain viranomaisia varten ja niiden suuri potentiaali työpaikan kehittämisessä menetetään.

Turvallisuus- ja pelastussuunnitelma on myös jatkuvuudenhallinnan kannalta tärkeä asiakirja. Organisaation riskit tuodaan näkyville, niitä ehkäistään ja niiden varalle tehdään toimintasuunnitelmia. Toimintasuunnitelmien tavoitteena on vahinkojen minimoiminen ja

toiminnan pitäminen mahdollisimman häiriöttömänä. Tämän onnistuessa säästetyt summat voivat olla hyvinkin suuria. Niiden rinnalla laajempaan ja raskaampaan turvallisuussuunnitteluun käytetyt resurssit ovat pieniä ja sijoitus on yleensä kannattava. Tämän perusteleminen voi silti olla vaikeaa, koska on hankala osoittaa, että tulevaisuudessa voi tapahtua jotain suuria kuluja aiheuttavaa mutta se voitaisiin turvallisuussuunnitteluun sijoittamalla välttää.

Tehdyssä työssä päällimmäiseksi ihmettelyn aiheeksi jäi sairaalan haastava toimintaympäristö, mutta ei niinkään toimintojensa takia, vaan johtamisen puolesta. Kun samassa kiinteistössä toimii monta eri organisaatiota, joilla ei ole yhteistä selvää viestintäkanavaa, on yhteisen turvallisuuden rakentaminen vaikeaa. Se näkyi työtä tehdessä monessa asiassa aina päätöksenteosta vastuiden määrittelyyn ja tiedonkulkuun asti. Joissain tapauksissa yhteisen viestinnän puutteista oli jopa aiheutunut riskejä joidenkin osastojen toiminnalle. Olisikin ehdottoman tärkeää puuttua asiaan ja selvittää, miten monen organisaation malli saataisiin toimimaan niin, että kukaan saman katon alla toimivista organisaatioista ei jäisi tiedotuksen ulkopuolelle. Vastuullisten henkilöiden määrittely koko kiinteistöä koskevissa asioissa on myös selvitettävä.

7.1 Jatkotutkimusaiheita

Tämän opinnäytetyön aikana syntyneistä jatkotutkimusaiheista ensimmäinen on jo edellisessä luvussa mainittu monen organisaation mallin viestinnän ja vastuunjaon tarkempi tutkiminen ja määrittely. Tämän kehittämistyön pohjalta asia on sairaalassa ongelmallinen ja siitä voi jopa aiheutua riskejä ydintoiminnalle. Tästä syystä aihetta olisi tärkeä tutkia enemmän.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla tässä toimintamallissa esitetyn aikaa vievän mutta osallistavan vaarojen ja riskien kartoitusmenetelmän vaikutus turvallisuus- ja pelastussuunnitelman jalkauttamiseen ja henkilökunnan turvallisuustietämyksen lisääntymiseen. Toimintamallin lähtökohta on, että henkilökunnan osallistaminen suunnitteluun helpottaa jalkauttamista ja lisää turvallisuustietämystä, mutta asiaa pitäisi tutkia tarkemmin.

Kolmas jatkotutkimusaihe liittyy turvallisuus- ja pelastussuunnitelman ulkoasuun. Elämme nyt vuonna 2015 vahvasti sähköistynyttä aikakautta. Silti turvallisuus- ja pelastussuunnitelma tehdään edelleen paperisena dokumenttina, vaikka se saatetaankin laittaa organisaation intranettiin luettavaksi. Tänä päivänä luulisi tähänkin olevan huikeasti parempia vaihtoehtoja, joiden avulla turvallisuus- ja pelastussuunnitelma oikeasti saataisiin jalkautettua käyttöön. Virtuaalitodellisuus käyttöön ja turvallisuus- ja pelastussuunnitelmasta voidaan luoda

interaktiivinen toimintaympäristö, jossa henkilökunta voi testata taitojaan ja tietämystään oman työpaikkansa turvallisuudesta.

7.2 Oma oppiminen

Tämä opinnäytetyö on antanut minulle todella paljon. Sen aloittaminen oli vaikeaa, koska minulla ei ollut juurikaan kokemusta turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemisestä ja sairaala oli toimintaympäristönä täysin vieras. Halusin kuitenkin osaamista sekä turvallisuus-suunnittelusta ja sairaala oli ympäristönä mukavan haastavan oloinen. Lähdin tekemään työtä sillä meiningillä, että epämukavuusalueet eivät ole enää epämukavuusalueita, kun niille vain uskaltautuu menemään. Näin myös kävi. Tämän työn aikana sain arvokasta kokemusta sairaalasta toimintaympäristönä ja olen pystynyt hyödyntämään tietoja myöhemmin omassa palkkatyössäni. Turvallisuussuunnittelu tuli projektin aikana sen verran tutuksi, että uskalsin perustaa oman toiminimen ja aloittaa turvallisuussuunnitelmien tekemisen sen alla.

Työ on myös opettanut omien aikataulujen organisointia. Opinnäytetyö jäi tiiviin tekemisen vaiheen jälkeen hetkeksi roikkumaan ja hetki venyi lähes kahden vuoden mittaiseksi. Toisaalta siitä oli työn kannalta hyötyäkin, koska sain siihen etäisyyttä ja kokemusta tuli koko sinä aikana lisää. Työn keskeneräisyys oli kuitenkin rasittavaa ja näin jälkiviisaana on hyvä sanoa, että olisi ollut hyvä organisoida työlle heti enemmän aikaa ja hoitaa se valmiiksi asti.

Lähteet

Colling, R. L. 2001. Hospital and healthcare security. 4th edition. Woburn, WA: Butterworth-Heinemann.

Hignett, S.; Sands, G.; Youde, J. & Griffiths, P. 2011. Targeting environmental factors to reduce elderly in-patient falls. Teoksessa Duffy, V. G. (toim.) Advances in human factors and ergonomics in healthcare. Boca Raton, FL: CRC Press, 76-83.

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 1997/2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.

Kananoja, A. 2007. Prologi. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskäsiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 11-14.

Kirjonen, J. 2007. Kehittäminen asiantuntijatyönä. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteyskäsiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 117-133.

Koskivirta, P. 2015. Hoitolaitosten paloturvallisuus. Turvallisuus & Riskienhallinta 31, 42-45.

Linjala, T. & Waitinen, M. 2010. Poistumisturvallisuusopas. 2. uudistettu laitos Nurmijärvi: Painoagentti.

Majamaa, J. 2013. Pelastussuunnitelma, opas yrityksille ja muille työyhteisöille. Tampere: Tammerprint.

Metsämuuronen, J. 2000. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologia - sarja 4. Võru, Viro: Jaabes.

Ojasalo, K.; Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenlaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Potilasturvallisuusopas, potilasturvallisuuslainsäädännön ja – strategian toimeenpanon tueksi. 2011. Tampere: Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino.

Schuler, R. M. & Snyder, V. S. 2011. Security and Physical Infrastructure Protections. Teoksessa Reilly, M. J. & Markenson, D. S. (toim.) Health care emergency management: principles and practice. Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning, 271- 298.

Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. 2007. Saatteeksi. Teoksessa Seppänen-Järvelä, R. & Karjalainen, V. (toim.) Kehittämistyön risteysiä. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino, 3-6.

Siitonen, M. 2006. Hoitotyön paloturvallisuusopas. 3. korjattu painos. Porvoo: Painoyhtymä.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu: Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Tampere: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino.

Sten, T. 2014. Poistumisturvallisuuden laadintaopas. Tampere: Tammerprint.

Stroud, C.; Altevogr, B. M.; Nadig, L. & Hougan, M. (toim.) 2010. Crisis standards of care, Summary of a workshop series. Institute of Medicine. Washigton, D.C.: The National Academics Press.

Suomen Pelastusalan Keskusjärjestö SPEK & Sanastokeskus TSK ry. 2014. Kokonaisturvallisuuden sanakirja. Kerava: Savion kirjapaino.

Wachter, R. M. 2012. Understanding patient safety. 2. painos. China: The McGraw-Hill.

Sähköiset lähteet

Bourdache, K. 2013. Kehitysvammaisten ryhmäkotien turvallisuuden kehittäminen pelastussuunnittelulla. Viitattu 15.5.2015.

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/61832/Bourdache_Kaci.pdf?sequence=1

Elinkeinoelämän keskusliitto EK ry. 2015. Yritysturvallisuus. Viitattu 25.4.2015.

<http://ek.fi/mita-teemme/tyoelama/yritysturvallisuus/>

Helsingin kaupungin pelastuslaitos. 2013. Pelastussuunnitelma. Viitattu 30.5.2013.

http://www.hel.fi/hki/Pela/fi/Onnettomuuksien+ehk_isy/Pelastussuunnitelma

Järjestyslaki (612/2003). Viitattu 18.4.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2003/20030612>

- Lukka, K. 2001. Konstruktiivinen tutkimusote. Viitattu 26.4.2015.
http://www.metodix.com/fi/sisallys/01_menetelmat/02_metodiartikkelit/lukka_const_research_app/kooste
- Luuri, P. 2012. PK-yrityksen pelastussuunnitelma -ohjeen ja mallipohjan laadinta. Viitattu 15.5.2015.
https://theseus.fi/bitstream/handle/10024/50219/Luuri_Paula_ONT.pdf?sequence=1
- McElroy, J. K. 1949. The Tragedy of St. Anthony Hospital. National Fire Protection Association. Tulostettu 18.4.2015. <http://www.nfpa.org/research/reports-and-statistics/fires-by-property-type/health-care-facilities/deadliest-hospital-fires>
- Mustajoki, P.; Kinnunen, M. & Aaltonen, M-L. 2014. Kaatumisia voidaan vähentää sairaaloissa ja laitoksissa. Potilaan lääkärilehti. Viitattu 15.4.2015
<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/tiedeartikkelit/kaatumisia-voidaan-vahentaa-sairaloissa-ja-laitoksissa/#.VSJ9oI5GSLI>
- Nadile, L. 2009. Flash Fire on the Ward. National Fire Protection Association Journal. Viitattu 18.4.2015. http://www.kparn.org/docs/HOSPITAL_FIRE_ARTICLE.pdf
- Orcutt, M. 2014. 2015 could be the year of the hospital hack. MIT Technology review. Viitattu 18.4.2015. <http://www.technologyreview.com/news/533631/2015-could-be-the-year-of-the-hospital-hack/>
- Pelastuslaki (379/2011). Viitattu 30.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>
- Pelastuslaki (468/2003). Viitattu 30.5.2013.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110379>
- Pelastustoimilaki (561/1999). Viitattu 25.4.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/kumotut/1999/19990561>
- Perustuslaki (731/1999). Viitattu 18.4.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>
- Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä sosiaali- ja terveysalojen ammattiteissa. Tilastokeskus. Viitattu 18.4.2015. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0

Rikoksantorjuntaneuvosto. 2013. Turvallisuussuunnittelusta lyhyesti. Viitattu 25.4.2015.
http://www.turvallisuussuunnittelu.fi/fi/index/turvallisuussuunnittelu/mitaonturvallisuussuunnittelu_0.html

Sisäministeriö/Pelastusosasto. 2015. Sisuteiden paloturvallisuus. Viitattu 18.4.2015
<http://www.pelastustoimi.fi/turvatieoa/ehkaise-palon-syttyminen/noudata-saannoksia/sisusteiden-paloturvallisuus>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Koti- ja vapaa-ajan tapaturmien ehkäisyn tavoiteohjelma vuosille 2014–2020. Viitattu 15.4.2015.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511564&name=DLFE-27827.pdf

Terveysministeriö. 2010. Terveydenhuoltolaki (1326/2010). Viitattu 25.4.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L4P38>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Paloturvallisuuden varmistaminen sosiaali- ja terveysalalla ja tuetussa asumisessa: Tilastotietoja. Viitattu 18.4.2015.
<http://www.slideshare.net/THLfi/tilastotietoja>

Työturvallisuuslaki (738/2002). Viitattu 18.4.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2002/20020738>

Valmiuslaki (1552/2011). Viitattu 25.4.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20111552#L11>

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (787/2003). Viitattu 30.5.2013.
[http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030787?search\[type\]=pika&search\[pika\]=asetus%20pelastustoimesta](http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2003/20030787?search[type]=pika&search[pika]=asetus%20pelastustoimesta)

Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta (407/2011). Viitattu 25.4.2015.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110407?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=asetus%20pelastustoimesta>

Henkilökohtaiset tiedonannot

Jokivaara, J. Päijät-Hämeen sosiaali- ja terveystyön turvallisuuspäällikön haastattelu. 10.6.2013. Päijät-Hämeen keskussairaala. Lahti.

Toivonen, A. HUS-Kiinteistöt Oy:n turvallisuuspäällikön haastattelu. 14.6.2013. Meilahti. Helsinki.

Salonen, V. Securitas Oy:n sosiaali- ja terveydenhoidon turvallisuuspalvelujen palvelujohtajan haastattelu. 5.6.2013. Securitas Oy:n pääkonttori. Helsinki.

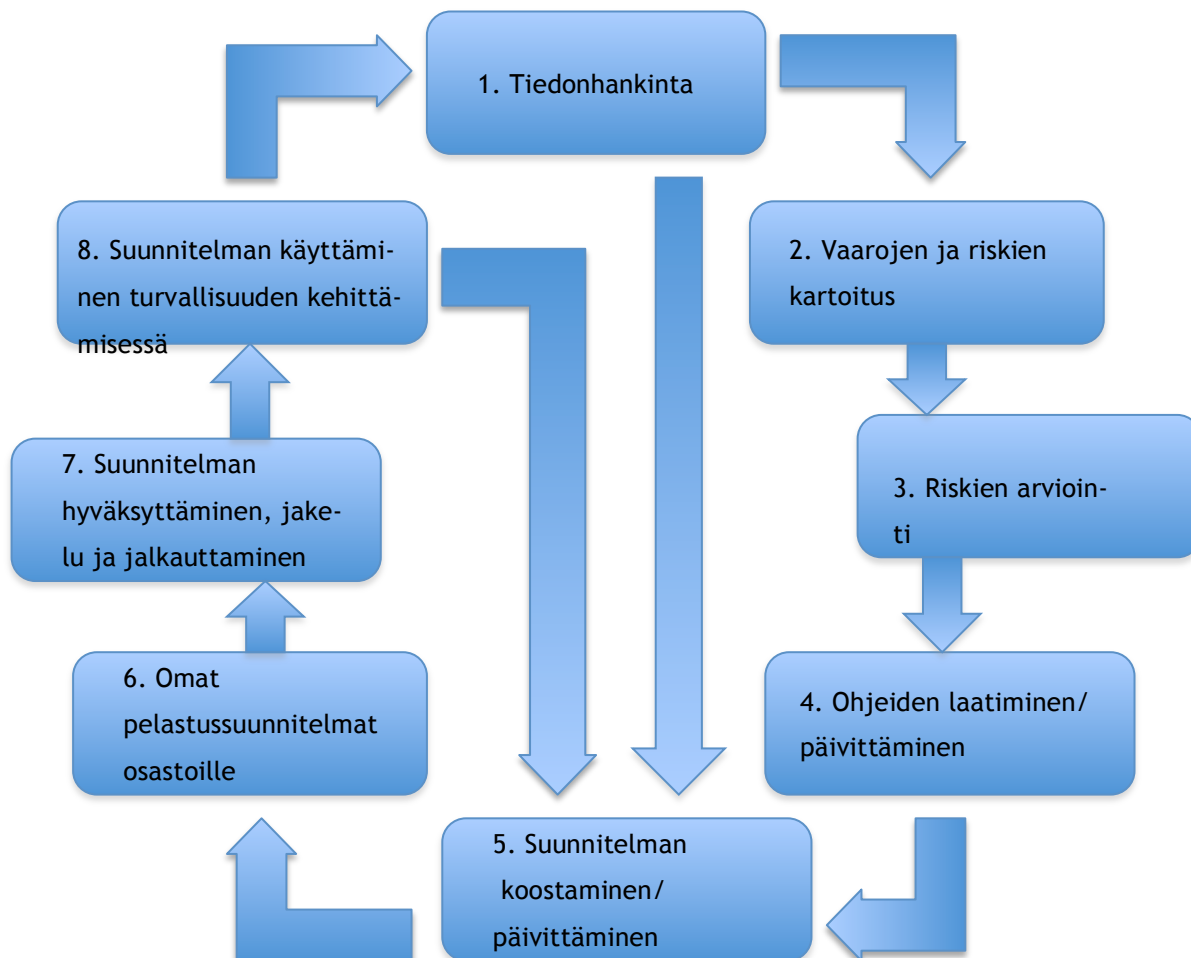
Kuvat

Kuvio 1: Arvio tulipalon tahallisuudesta 2009-2013.....	12
Kuvio 2: Syttymissyyt toiminnan mukaan 2009-2013	13
Kuvio 3:Työväkivaltaa kokeneiden osuus työllisistä ammattiryhmittäin vuonna 200715	
Kuvio 4: Konstruktivisen tutkimusotteen keskeiset piirteet	24
Kuvio 5: Konstruktivisen tutkimuksen prosessi	25
Kuvio 6: Opinnäytetyöprosessin eteneminen	30
Kuvio 7: toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi	32
Kuvio 8: Herttoniemen sairaalan kiinteistön pohjapiirustus.....	38

Liitteet

Liite 1: Toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi.....	50
Liite 2: Esimerkki turvallisuus- ja pelastussuunnitelman sisällysluettelosta.....	56
Liite 3: Esimerkki osaston pelastussuunnitelmasta.....	58

Liite 1: Toimintamalli turvallisuus- ja pelastussuunnitelman tekemiseksi



Kuvio 1: Toimintamalliprosessi

Vaihe 1. Tiedonhankinta

- Tarkista lain määrittelemä pelastussuunnitelman sisältö
 - o Pelastuslaki 379/2011
 - o Valtioneuvoston asetus pelastustoimesta 407/2011
 - o Selväkielistä tulkintaa asiasta löytyy osoitteesta www.spek.fi
- Tarvittaessa lain tulkinnan kanssa auttaa palotarkastajanne pelastuslaitokselta
- Lain tulkinnassa voi auttaa myös sairaalan turvallisuuspäällikkö tai turvallisuusasiantuntija
- Pehdy sairaalan aikaisempaan turvallisuus- tai pelastussuunnitelmaan ja merkitse ylös, mitkä osat ovat selvästi vanhentuneita tai puutteellisia
- Pyydä muistiinpanot ja raportit viimeisimmistä turvallisuuskävelyistä, vaarojen ja riskien kartoituksista ja arvioinneista, jos niitä on saatavilla ja perehdy niihin
- Käy läpi viimeisimmäksi tehdyt työturvallisuusselvitykset

- Käy läpi tehtyjä läheltä piti ja työtaturmailmoituksia
- Voit myös tarkastella tehtyjä haipro-ilmoituksia
- Selvitä muuttuneet rakenteelliset ja tekniset tiedot kiinteistön tekniikasta vastaavalta henkilöltä
- Selvitä organisatoriset muutokset sairaalan ylihoitajalta
- Selvitä, onko suunnitelmalle olemassa jotain valmista pohjaa, jota tulee käyttää. Tiedon saat turvallisuuspäälliköltä tai turvallisuusasiantuntijalta.

Jos tässä vaiheessa saadaan jotain selkeää uutta tietoa, esim. kiinteistön toimintojen muuttuminen tai vastuuhenkilöiden muutoksia, voidaan muutokset merkitä niiltä osin suoraan suunnitelmaan. (vaihe 5)

Vaihe 2. Vaarojen ja riskien kartoitus

- Sovi riskien kartoituspalaveri sairaalan jokaisen osaston kanssa. Anna osastoille etukäteen ennakkotehtävä kirjata ylös työpaikallaan havaitsemiaan vaaroja ja riskejä mahdollisimman monipuolisesti.
- Jos joidenkin osastojen kanssa on mahdotonta saada yhteispalaveria järjestettyä, lähetä vain ennakkotehtävä tehtäväksi ja pidä palaveri pelkästään osastonhoitajan kanssa.
- Palaverin yhteydessä olisi hyvä pitää lyhyt turvallisuuskävely omissa tiloissa, jolloin henkilökunta voi osoittaa vaaranpaikkoja omista työtiloistaan. Turvallisuuskävelyn löytyy tarkistuslistoja tai niitä voi myös tehdä itse.
- Palaverin yhteydessä voidaan jo karkeasti arvioida kartoitettuja riskejä, eli miettiä, mitkä esille tulleista riskeistä ovat niitä, joihin tarvitsee eniten kiinnittää huomiota.
- Sovi koko kiinteistön turvallisuuskävely pienellä porukalla. Kutsu mukaan ylihoitaja, kiinteistön tekniikasta vastaava, työsuojeluvastaava ja vahtimestari tai vartija. Mukana voi olla tarpeen mukaan myös laitoshuollon esimies.
- Käykää turvallisuuskävelyllä läpi kiinteistön ulkoalueet, yleiset tilat ja sellaiset alueet, jotka eivät kuulu millekään osastolle. Tarkoituksena on havaita ja kartoittaa vaaroja ja riskejä kiinteistön alueella. Turvallisuuskävelyn löytyy tarkistuslistoja esim. hyvin perusmuotoinen spek:n lomake, jota voi vielä muokata on osoitteessa: <http://www.spek.fi/Suomeksi/Varautuminen-ja-vss/Pelastussuunnitelma/Malli-ja-lomakkeet>

Vaihe 3. Riskien arviointi

- Kirjaa palaverissa esille tulleet vaarat ja riskit taulukkoihin ja tee niiden avulla listaus havaituista vaaroista ja riskeistä
- Arvioi riskejä yhdessä tarpeeksi pienessä porukassa. Mukana on hyvä olla ylihoitaja, käyttöpäällikkö, työsuojeluvastaava mutta ei välttämättä muita, jos edellisessä vaiheessa on kerätty karkeaa riskien arviointia osastoittain.
- Tarkoituksena on saada havaituista riskeistä nostettua esiin ne riskit, jotka muodostavat sairaalan toiminnalle suurimmat uhat joko toistuvuudellaan tai tapahtuman haitallisuudella.
- Riskeille voidaan antaa numeerinen arvo ja niitä voidaan halutessa laittaa vakavuusjärjestykseen riskimatriisin avulla, joka on löydettävissä osoitteessa: <http://www.pk-rh.fi/index.php?page=riskienhallintaprosessi> Kohdasta: "Riskien suuruuden arviointi"
- Miettikää riskeille syyt, seuraukset, miten niitä voidaan ennaltaehkäistä, miten vaurudutaan riskitapahtuman toteutumiseen, miten toimitaan jos riski toteutuu, kuka vastaa mistäkin toiminnosta. Nämä voidaan taulukoida alla olevan kuvan 2 esimerkin mukaisesti. Suluissa olevan X:n kohdalle merkitään vastuuhenkilö tai -henkilöt esim. kaikki, osastonhoitaja, ylilääkäri...

Vaara tai riski: Aggressiivinen tai uhkaava käyttäytyminen		3
Syyt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Potilaat tai omaiset sekavia sairauden, alkoholin, huumausainien aineiden tai lääkkeiden vuoksi ▪ Potilaat hermostuvat pitkiin jonotusaikoihin ▪ Potilaat tyytymättömiä hoitotoimenpiteisiin tai annettuihin päätöksiin (esim. sosiaalietuuden evääminen, lääkeannoksen pieneneminen, valvottu virtsanotto) ▪ Omaiset tyytymättömiä ja turhautuneita 	
Seuraukset	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sanallista uhittelua ja uhkailua jonka vuoksi henkistä kärsimystä pahimmillaan sairaaloomaa ▪ Mustelmia ja naarmuja ▪ Irtaimistovahinkoja 	
Ennaltaehkäisevät järjestelyt	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tiedottaminen hoitotoimenpiteiden tekemisestä, jonotusajan pituudesta, omaisille sairaalan toimintatavoista yms. (X) ▪ Henkilökunnalle on tehty turvallisuusohjeet ja annettu koulutusta aggressiivisen henkilön kohtaamisesta ▪ Potilaiden rajoittaminen (lääkäri päättää) 	
Varautuminen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tarkastetaan potilastiedoista onko merkintöjä aggressiivisuudesta (K) ▪ Jaetaan havainnot uhkaavista potilaista tai omaisista osastolla toimivan henkilökunnan kesken (X) ▪ Uhkaavaa henkilöä ei kohdata yksin (X) ▪ Osastoilla voidaan hälyttää vartija valmiiksi paikalle (X) ▪ Henkilökunnalla käytössä hälytyspainikkeet (X) ▪ Potilaiden ja vierailijoiden kulkua rajataan kulunvalvontajärjestelmällä ja pitämällä henkilökunnalle tarkoitettujen tilojen ovet suljettuina (X) ▪ Kameravalvonta (X) ▪ Tilaratkaisut (osassa huoneista toinen poistumistie, tapaukset tiedossa olevien uhkaavien asiakkaiden kanssa voidaan pitää tällaisessa huoneessa) ▪ Turvallisuusriskiä kasvattavien esineiden (veitset, sakset jne.) asianmukainen säilytys (X) ▪ Ohje A – Väkivaltatilanteen ennakointi ▪ Ohje B- Väkivaltariskin arviointi 	
Toiminta tilanteessa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ohje C – Väkivaltaisen henkilön kohtaaminen ▪ Ohje D – Järjestyshäiriöhälytys 	

Kuvio 2. Esimerkki riskien ja vaarojen taulukoinnista

Vaihe 4. Ohjeiden laatiminen ja/tai päivittäminen

- Tarkasta onko kaikkiin riskien arvioinnin yhteydessä käsiteltyihin riskeihin olemassa ajan tasalla oleva selkeä toimintaohje
- Laadi puuttuvat ohjeet ja tarkasta olemassa olevien paikkansa pitävyys.
- Jos joukossa on ohjeita, jotka eivät ole tarpeellisia, poista ne.
- Huomioi, että ohjeen pitää olla käyttökelpoinen häiriötilanteeseen kaikkina vuorokaudenaikoina ja päivinä ja siinä on mainittava selkeästi jos ohje koskee vain jotain tiettyä osastoa tai rakennuksen osaa.
- Huomioi, että ohjeiden ulkoasu on mahdollisimman luettava.
- Tarkistuta valmiit ohjeet niiden käyttäjillä. Pystyisikö ohjeen mukaan toimimaan?

Vaihe 5. Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman koostaminen / päivittäminen

- Jos suunnitelma on ollut jo valmiiksi kattava ja selkeä, tarvitsee siihen vain päivittää havaitut muutokset.
- Muutoksia voivat olla: vastuuhenkilöiden vaihtuminen, kohteen yleisten tietojen muuttuminen, riskien arvioinnin myötä havaitut uudet riskit tai muuta vastaavaa.
- Jos valmista suunnitelmapohjaa ei ole, voi sellaisen löytää monen pelastuslaitoksen sivulta. Runkona voi käyttää myös liitteessä 2 olevaa sisällysluetteloa turvallisuus- ja pelastussuunnitelmasta. Liitteen suunnitelma on rakennettu niin, että lukija löytää vaarojen ja riskien arvioinnit taulukoista luvusta 3 ja turvallisuusohjeet luvusta 6.
- Kiinnitä huomiota suunnitelman luettavuuteen ja käytä valokuvia havainnollistamaan aina kun voit.

Vaihe 6. Omien pelastussuunnitelmien tekeminen osastoille

- Turvallisuus- ja pelastussuunnitelmassa on paljon asiaa ja siinä ei kaikkia asioita ole tarpeeksi yksilöidysti jokaiselle osastolle.
- Osaston pelastussuunnitelma on vain muutaman sivun mittainen, valokuvilla havainnollistettu osastokohtainen ohjeistus tulipalotilanteen varalle.
- Esimerkki osaston pelastussuunnitelmasta löytyy liitteessä 3.
- Suunnitelmapohjan voi antaa osastonhoitajille täytettäväksi

Vaihe 7. Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman hyväksyttäminen, jakelu ja jalkauttaminen

- Valmis suunnitelma annetaan ylilääkärille hyväksyttäväksi
- Suunnitelma jaellaan kiinteistön käytäntöjen mukaan. Suositeltavaa on tulostaa suunnitelma jokaiselle osastolle ja laittaa se myös intranettiin saataville.
- Järjestä kaikille osastonhoitajille osoitettu palaveri, jossa suunnitelma ja sen käyttö esitellään.
- Osastonhoitajat vastuutetaan esittelemään suunnitelma omilla osastoillaan.
- Osastoilla voidaan tehdä kuittauslista turvallisuus- ja pelastussuunnitelman lukemisesta tai kontrolloida tärkeimpien asioiden osaaminen työturvallisuustehtävän avulla. Työturvallisuustehtävä on kysymyslomake, johon kootaan osaston toimintaan vaikuttavia kysymyksiä turvallisuusasioista, sekä kysymyksiä toiminnasta häiriötilanteissa.
- Jalkauttamista helpottaa, jos mahdollisimman moni on osallistunut vaarojen ja riskien kartoitukseen vaiheessa 2.

Vaihe 8. Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman käyttäminen turvallisuuden kehittämisessä

- Henkilökunta havainnoi työpaikkansa riskejä ja pyrkivät ehkäisemään niitä omalla toiminnallaan.
- Havaitessaan uusia riskejä, joita ei ole käsitelty suunnitelmassa, tai muita muutoksia suunnitelmassa, henkilön tulee ottaa yhteyttä suunnitelman yhteyshenkilöön suunnitelman päivittämiseksi.
- Suunnitelmaa voidaan muutosten myötä päivittää saman tien ja tiedottamalla muutoksesta eteenpäin.

Liite 2: Esimerkki turvallisuus- ja pelastussuunnitelman sisällysluettelosta

SISÄLLYSLUETTELO

1	TURVALLISUUS- JA PELASTUSSUUNNITELMAN YLEISTIEDOT	5
1.1	Toimipaikan yleistiedot	5
1.2	Suunnitelman laadinta, hyväksyntä ja päivittäminen.....	5
1.3	Tiedot toimipaikasta ja toiminnasta	5
1.3.1	A-talo	5
1.3.1.1	Rakennustiedot.....	5
1.3.1.2	Rakennuksen käyttötarkoitus	6
1.3.2	C-talo	8
1.3.2.1	Rakennustiedot.....	8
1.3.2.2	Rakennuksen käyttötarkoitus	8
1.4	Henkilöstö, palvelujen käyttäjät ja vierailijat.....	9
1.5	Lähiympäristö	9
1.6	Yhteydet viranomaisorganisaatioihin	10
1.7	Kokoontumispaikka.....	10
1.8	Tiedottaminen	10
1.9	Turvallisuus- ja pelastussuunnitelman jakelu ja ylläpito.....	10
2	TURVALLISUUSTOIMINNAN ORGANISOINTI JA HENKILÖSTÖ	11
2.1	Turvallisuushenkilöstö.....	11
2.1.1	Yleistä	11
2.2	Henkilöstön koulutus	11
2.2.1	Paloturvallisuuskoulutus	12
2.2.2	Elvytys- ja ensiapukoulutus	12
3	VAAROJEN JA RISKIEN ARVIOINTI.....	13
3.1	Vaarojen ja riskien arvioinnin johtopäätökset	13
3.2	Poikkeusolot.....	21
4	TURVALLISUUSJÄRJESTELYT	22
4.1	Työsuojelu	22
4.2	Henkilöturvallisuus.....	23
4.2.1	Ensiapumateriaali	23
4.3	Rikosturvallisuus	23
4.3.1	Lukitusjärjestelmä ja avainturvallisuus.....	24
4.3.2	Kuvallinen henkilökortti	24
4.3.3	Työntekijän velvollisuudet.....	24
4.4	Vartiointi	24
4.5	Paloturvallisuus	25
4.5.1	Poistumistiet	25
4.5.2	Palo-osastot ja palo-ovet	26
4.5.3	Alkusammutuskalusto	26
4.5.4	Sisäinen hälytysjärjestelmä	27
4.5.5	Hätäsiirrot	27
4.5.6	Evakuointi	27

4.5.7	Hätätilanteiden kuulutukset	28
4.5.8	Koneellisen ilmanvaihdon pysäyttäminen.....	28
4.5.9	Savunpoisto.....	28
4.5.10	Tulityöt.....	28
4.5.11	Tupakointi.....	29
4.5.12	Jälkivahinkojen torjunta	29
4.6	Kiinteistöturvallisuus	29
4.6.1	Sähkön saanti.....	29
4.6.2	LVI-järjestelmät.....	29
4.6.2.1	Häiriö lämmityksessä	30
4.6.2.2	Nuohous	30
4.6.2.3	Häiriö veden syötössä.....	30
4.6.2.4	Vesisulut.....	30
4.6.3	Jätehuolto.....	30
4.7	Tietoturvallisuus	30
4.7.1	Tietojen antaminen puhelimitse.....	31
4.7.2	Asiakirjat ja arkistointi	31
4.8	Vaaralliset aineet ja lääkkeet	31
4.8.1	Kaasu- ja paineilmasulut	32
4.9	Ulkoisen säteilyvaaratilanne	33
4.9.1	Sisälle suojautuminen.....	33
4.9.2	Joditablettien nauttiminen.....	34
4.9.3	Äänimerkit ja niiden tarkoitus.....	34
4.10	Väestönsuojat	35
5	TEKNISET TURVALLISUUSJÄRJESTELMÄT.....	35
5.1	Hälytys- ja ilmoitinjärjestelmät.....	35
5.1.1	Automaattinen paloilmoitin	35
5.1.2	Rikosilmoitinjärjestelmä	36
5.1.3	Turvahälytysjärjestelmä.....	36
5.2	Valvontajärjestelmät.....	36
5.2.1	Tekninen kulunvalvonta.....	36
5.2.2	Kameravalvontajärjestelmä	37
5.3	Merkki- ja turvavalaistus	37
6	TOIMINTAOHJEET ERILAISISSA ONNETTOMUUS-, VAARA- JA VAHINKOTILANTEISSA	37
6.1	Jälkiarviointi.....	38

Luvussa 6 löytyvät omilta sivuiltaan selkeät toimintaohjeet eri tilanteisiin.

Liite 3: Esimerkki osaston pelastussuunnitelmasta

Osastosta kuva tähän

**OSASTO X
PELASTUSSUUNNITELMA**

SAIRAALA

1 Vuorokohtainen henkilöstömäärä

	ARKIPÄIVINÄ			VIIKONLOPPUNA JA ARKIPYHINÄ		
	Aamuvuoro	Iltavuoro	Yövuoro	Aamuvuoro	Iltavuoro	Yövuoro
Hoitajat						
Sihteerit						
Terapeutit						
Lääkäri						
Laitoshuolto						
Yhteensä						

Osastonhoitaja vastaa osaston toiminnasta. Jokaiseen vuoroon on osastonhoitaja poissa ollessa nimetty vastaava hoitaja. Osastonhoitaja /vuoronvastaava huolehtii toiminnan sujumisesta normaali- ja poikkeustilanteissa. Osastolla ovat kirjalliset toimintaohjeet vastaavan hoitajan tehtävistä poikkeustilanteissa. Kanslian seinälle on kiinnitetty sairaalan yleinen ohje palo- ja pelastustilanteessa sekä hälytyskaavio.

2 Potilasmäärä

Osastolla on x potilaspaikkaa + x ylipaikka

Osastolla hoidetaan... (lyhyt kuvaus osaston potilaista ja osaston erityispiirteistä)

3 Hätäpoistumistiet

(Kuvaus missä hätäpoistumistiet sijaitsevat) Hätäpoistumistiet sijaitsevat osaston käytävän päässä sekä hissiaulassa. Ns. turvaovien vasemmalla puolella on vihreä oven hätäavauspainike.

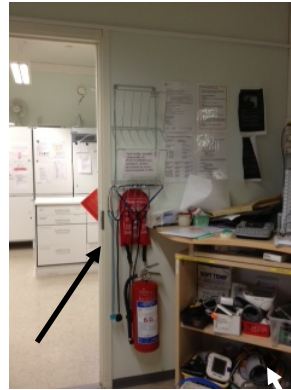


4 Alkusammutusvälineiden sijainti

Sammutuspeitteet:



1 jokaisessa
potilashuoneessa



1 kanslian seinällä



1 potilaskeittiön
seinällä



1 taukhuoneen
seinällä

Jauhesammuttimet ja pikapalopostit:



1 sammutin
kansliassa



1 sammutin ja pika-
paloposti huoneen 4
vieressä



1 sammutin päiväsalin
ulkopuolella



1 sammutin ja pikapaloposti
hissiaulassa

5 Paloilmoituspainikkeiden sijainti



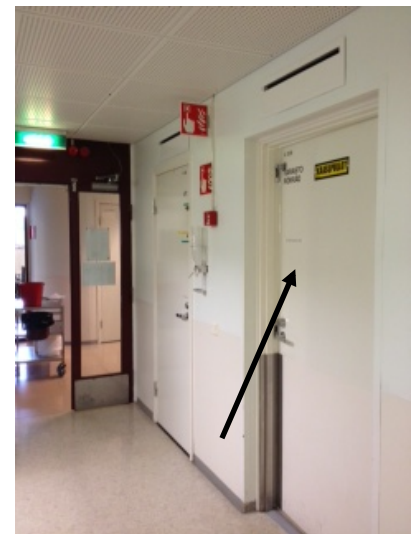
Seinällä osaston käytävän molemmissa päässä



Hissiaulassa

6 Sulkuventtiilit

- Sulkuventtiilit paineilmalle ja lääkkeelliselle hapelle sijaitsevat käytävällä seinässä kanslian lasioven vieressä.
- Kuljetushappipullot sijaitsevat osaston tarvikevarastossa huoneessa C309. Tila on merkitty ”kaasupullot” -kytillä



7 Palolakanat

Jokaisessa osaston vuoteessa on irrallinen tai patjassa kiinteästi oleva palolakana. Lisäksi on varapalolakanoita.

8 Potilashuoneen tyhjennys

(Lyhyt kuvaus potilashuoneen tyhjennyksestä ja sen kestosta)

9 Koko osaston tyhjennys

(Lyhyt kuvaus osaston tyhjennyksestä ja sen kestosta eri vuorokaudenaikoina)

10 Potilaiden siirto osastolta

Vuodepotilaat: (Kuvaus miten ja mihin siirretään)

Kävelevät potilaat: (Kuvaus miten ja mihin siirretään)

11 Avunsaanti

(Lyhyt selostus mistä saadaan lähin apu ja miten apua tarjotaan jos tilanne ei ole omalla osastolla.)

12 Osastokohtainen pelastusohje

- PELASTA välittömässä vaarassa olevat henkilöt
- HÄLYTÄ paina paloilmaisinpainiketta ja soita 0 - 112
- SAMMUTA aloitetaan alkusammutus
- RAJOITA sulje palavaan tilaan johtavat ovet
- OPASTA pelastusryhmän jäseniä ja anna ensitiedot tapahtuneesta

13 Ohjeen päivittäminen

Osastonhoitaja päivittää suunnitelman vuosittain tammikuussa

14 Perehdytys

- (Lyhyt kuvaus siitä miten uusille henkilökunnan jäsenille ja keikkalaisille perehdytetään suunnitelma ja tärkeimmät turvallisuusasiat.