

Slutrapport

**Tillsynsprojekt för arbetarskyddet
inom hälsovården**



ISSN 1236-2115

ISBN 978-952-00-2539-7 (inh.)

ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)

Layout: AT-Publikationsbyrå Ab

Tryckning: Universitetstryckeriets boktryckeri, Helsingfors 2008

Sammandrag

Slutrapport. Tillsynsprojekt över arbetarskyddet inom hälsovården. Helsingfors, 2008. 60 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115, 2008:8), ISBN 978-952-00-2539-7 (inh.), ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)

Social- och hälsovårdsministeriet startade för åren 2004–2007 ett nationellt projekt för att förbättra förhållandena i arbetet inom hälsovården. I projektet förutsatte man att arbetarskyddsdistrikten säkerställer att arbetsgivaren skapar sådana tillvägagångssätt och styrsystem på hälsovårdens arbetsplatser att problemen kan elimineras eller hanteras. Problemen gällde kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig psykisk belastning orsakad av arbetet och manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar.

Arbetarskyddsverksamheten har allmänt blivit bättre. Högsta ledningen förstår nu bättre sitt ansvar för personalens välbefinnande och ser sina egna möjligheter att påverka verksamheten. Linjeledningens verksamhet i arbetarskyddsärenden har utvecklats i en mer positiv riktning.

Man har genomfört många förnyelser för att förebygga kundvåld och hot om våld på arbetsplatser. För det första förstår man hotet nu bättre än före projektet, och man försöker förbereda sig för hotet. Olika yrkesgruppers samarbete för att förebygga våld och hot om våld har blivit bättre. Å andra sidan är problemet fortfarande allvarligt eftersom kundkretsens rusmedelsanvändning har ökat och kundernas störande beteende har blivit allmännare.

Man har skapat verksamhetsmodeller för att eliminera trakasserier och osakligt bemötande samt utarbetat anvisningar om hanteringen av problemet. Skadlig psykisk belastning kommer att vara en allt viktigare arbetarskyddsfråga i framtiden, särskilt om man också tar hänsyn till de knappa resurserna. Nu kan man bättre planera belastningen i arbetet, men man måste ännu utveckla ett rätt sätt att förhålla sig till skadlig psykisk belastning. De tekniska lösningarna och hjälpmedlen har hjälpt att underlätta tunga, manuellt utförda lyft och förflyttningar. Tungas lyft och förflyttningar hör till vårdarbetet och man kan inte undvika dem.

Nyckelord: arbetarskydd, belastning i arbete, hälsovård, tillsynen över arbetarskyddet, våld

Tiivistelmä

Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti. Helsinki 2008. 60 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2008:8), ISBN 978-952-00-2539-7 (nid.), ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti valtakunnallisen hankkeen vuosi 2004–2007 terveydenhuoltoalan työolosuhteiden parantamiseksi. Hankkeessa edellytettiin työsuojelupiirien varmistavan, että terveydenhuoltoalan työpaikoilla työnantaja luo sellaiset menettelyt ja hallintajärjestelmät, joilla ongelmat voidaan poistaa tai hallita. Ongelmat koskivat asiakasväkivaltaa, häirintää ja epäasiallista kohtelua, työn aiheuttamaa haitallista henkistä kuormittumista sekä käsin tehtäviä raskaita nostoja ja siirtoja.

Työsuojelutoiminta on parantunut yleisesti. Ylin johto ymmärtää paremmin oman vastuunsa henkilöstönsä hyvinvoinnista ja näkee omat vaikuttamisen mahdollisuutensa. Linjaesimien toiminta työturvallisuusasioissa on kehittynyt myönteisempään suuntaan.

Asiakasväkivallan ja sen uhan eteen työpaikoilla on tehty paljon uudistuksia. Ensinnäkin uhka ymmärretään paremmin kuin ennen hanketta ja siihen pyritään nyt varautumaan. Ammattiryhmien yhteistyö väkivallan ja sen uhan torjumiseksi on parantunut. Toisaalta asiakaskunnan lisääntynyt päihteiden käyttö ja yleistynyt häiriökäyttäytyminen pitää ongelman edelleen vakavana.

Häirinnän ja epäasiallisen kohtelun poistamiseksi on luotu toimintamalleja ja ongelman käsittelemiseksi on tehty ohjeita. Haitallinen henkinen kuormittuminen on yhä tärkeämpi työsuojeluasia tulevaisuudessa, kun vielä ajatellaan resurssien niukkuutta. Työn aiheuttamaa kuormittumista osataan suunnitella paremmin, mutta vielä pitää kehittää oikeaa tapaa suhtautua haitalliseen henkiseen kuormittumiseen. Tekniset ratkaisut ja apuvälineet ovat auttaneet keventämään käsin tehtäviä raskaita nostoja ja siirtoja. Raskaat nostot ja siirrot kuuluvat hoitotyöhön eikä niistä voida päästä pois.

Asiasanat: terveydenhuolto, työn kuormittavuus, työsuojelu, työsuojeluvalvonta, väkivalta

Summary

Final report of the project on occupational safety and health in the health care sector. Helsinki 2008. 60 pages. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115, 2008:8), ISBN 978-952-00-2539-7 (pb), ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)

The Ministry of Social Affairs and Health set up a national project for 2004–2007 in order to improve working conditions in the health care sector. Within the project the Occupational Safety and Health Inspectorates were expected to ensure that the employers in the health care workplaces arrange procedures and management systems to eliminate or control major health and safety problems in the sector. The problems concerned customer violence, harassment and unfair treatment; work-related adverse mental load and manual handling and lifting of heavy loads.

Occupational safety and health activities in the health care sector have generally improved. The top management staff have a better understanding of their responsibility for the personnel's well-being and recognise their opportunities to improve the working conditions. The line management's action in health and safety matters has developed favourably.

Many reforms have been carried out at the workplaces to prevent customer violence and threats of violence. First of all, the threats of violence are more clearly identified today and employers are better prepared for violence present at the workplaces. The different professional groups have intensified their cooperation to prevent violence and threats of violence. On the other hand, the problem remains serious because of the increased abuse of intoxicants and disturbed behaviour ever more common among customers.

In order to eliminate harassment and unfair treatment, models for proper action and dealing with the problem have been created. Adverse mental workload is becoming a major safety issue in the future, as the resources are becoming more and more limited. Employers know how to plan the workloads but there is still much to do in the attitudes towards adverse mental workload. Technical solutions and aids have helped make manual handling and lifting easier. Lifting and handling of heavy loads is part of the work in the care sector and cannot be avoided.

Key words: health care, labour inspection, occupational safety and health, violence, workload

INNEHÅLL

FÖRORD	7
1. INLEDNING	9
1.1 Projektets mål	10
1.2 Verksamhets sättet under projektet	10
1.3 Allmänna utvecklingen av förhållandena i arbetet	13
1.4 Internationell verksamhet rörande arbetarskyddet inom hälsovården	14
2. ARBETARSKYDDETS TILLSTÅND INOM HÄLSOVÅRDEN	19
2.1 Konstaterade ändringar	19
2.2 Uppnåendet av lagstiftningens syfte	22
2.3 Sjukfrånvaron	23
3. TILLSYNENS RESULTAT	25
3.1 Inspektionerna	25
3.2 Hot om kundvåld	28
3.2.1 Lagstiftningens krav	28
3.2.2 Problemen	29
3.2.3 Åtgärderna	29
3.2.4 Ändringarna under projektet	30
3.2.5 Framtidsutsikter	31
AVEKKI hjälper vid hantering av våld	31
3.3 Trakasserier och osakligt bemötande	34
3.3.1 Lagstiftningens krav	34
3.3.2 Problemen	35
3.3.3 Åtgärderna	35
3.3.4 Ändringarna under projektet	35
3.3.5 Framtidsutsikter	36
3.4 Skadlig psykisk belastning	36
3.4.1 Lagstiftningens krav	36
3.4.2 Problemen	36
3.4.3 Åtgärderna	37
3.4.4 Ändringarna under projektet	38
3.4.5 Framtidsutsikter	38
Öppenhet, humor och gemensamma avtal: nycklar till välbefinnande i arbetet i Himanka	39
Programmet för välbefinnande i arbetet medförde klara verksamhetssätt i Kangasniemi	42
3.5 Manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar	44
3.5.1 Lagstiftningens krav	44
3.5.2 Problemen	44
3.5.3 Åtgärderna	45
3.5.4 Ändringarna under projektet	45
3.5.5 Framtidsutsikter	46
I Satakunda sjukvårdsdistrikt behärskar man förflyttningen av patienter	47
3.6 Arbetarskyddsinspektörernas bedömning av helhetsläget	49
3.7 Företagshälsovården	50
Samordnad företagshälsovård ger mer jämlikhet	51
4. SAMMANFATTNING	55
En inspektörs observationer om arbetarskyddet inom hälsovården under årens lopp	57
BILAGA	59

FÖRORD

Hälsovården är en viktig samhällssektor och arbetsförhållandena inom branschen har redan under en lång tid varit av ett särskilt intresse för arbetarskyddsförvaltningen. Efter att ha mottagit flera budskap från våra egna inspektörer, intressenter och direkt från arbetsplatserna beslöt vi att tillsätta ett riksomfattande tillsynsprojekt, inom ramen för vilket en effektiv tillsyn skulle inriktas på arbetsplatserna inom hälsovården.

Som tillsynsobjekt valde vi hot om kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig psykisk belastning samt manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar. Nu kan vi konstatera att dessa problemområden som togs upp till föremål för en intensiv tillsyn och de olägenheter de orsakar för arbetstagarnas hälsa och säkerhet är centrala problem i branschen.

Arbetarskyddsförvaltningen gjorde ett förslag om samarbete för att inleda projektet och få budskapet fram till arbetsgivarorganisationerna, som då närmade sig de kommunala arbetsgivarna med sitt cirkulär. Det hade en klart positiv inverkan på projektets inledning.

Projektet har givit goda resultat. Arbetarskyddsverksamheten, hanteringen av arbetarskyddsproblem och förhållandena som särskilt inspekterades har tydligt utvecklats till det bättre. De goda resultaten är delvis en följd av de reformerade arbetarskydds- och tillsynslagarna och delvis av de över 1 600 arbetsplatsinspektioner som arbetarskyddsinspektörerna utförde under projektet. Den offentliga hälsovården har under de senaste åren varit tvungen att brottas med knappa ekonomiska resurser och problem med tillgång på arbetskraft. Tillsynsprojektets resultat är goda även mot denna bakgrund.

Även i framtiden behöver vi arbetarskyddstillsyn över hälsovårdssektorn, för dessa frågor blir man aldrig färdig med. Likaså behövs också i framtiden egen aktiv verksamhet på arbetsplatserna för att lösa arbetarskyddsproblemen och skapa bättre, tryggare och hälsosammare arbetsförhållanden.

Mikko Hurmalainen
Överdirektör
Arbetarskyddsavdelningen

1. INLEDNING

Arbetarskyddsproblemen inom hälsovårdssektorn har kommit upp i samband med arbetarskyddstillsynen. Då man på ministeriet branschvis har analyserat arbetarskyddsproblem förknippade med sjukdomar i stöd- och rörelseorgan och psykiskt välmående, har hälsovården kommit upp som en av de problematiska branscherna. Ministeriet har också av olika intressegrupper informerats om att arbetarskyddsmyndigheterna borde rikta en större del av sin verksamhet på hälsovårdens arbetsplatser. Också arbetarskyddsförvaltningens hösta ledning ansåg att ärendet är viktigt.

På grund av de ovan nämnda orsakerna ställde social- och hälsovårdsministeriet upp resultatmål för arbetarskyddsdistrikten om arbetsmiljön inom hälsovårdssektorn. I resultatmålen förutsatte man att arbetarskyddsdistrikten säkerställer att arbetsgivaren skapar sådana tillvägagångssätt och styrsystem på hälsovårdens arbetsplatser att problemen kan elimineras eller hanteras. Problemen gällde kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig psykisk belastning orsakad av arbetet och manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar.

Tillsynsprojektet över arbetarskyddet inom hälsovården grundades i början av år 2004. Projektet tillsattes den 18 februari 2004. Som ordförande för projektgruppen fungerade överingenjör Harri Halme och som sekreterare överinspektör Airi Hietamäki från Östra Finlands arbetarskyddsdistrikt. De övriga medlemmarna i projektgruppen var: medicinalråd Heikki Savolainen från social- och hälsovårdsministeriet, medicinalråd Matti Lamberg från social- och hälsovårdsministeriet, arbetarskyddsinspektör Anna-Liisa Ihalainen från Tavastlands arbetarskyddsdistrikt, överinspektör Anja Knuutila från Vasa arbetarskyddsdistrikt, inspektör Paula Moilanen från Nylands arbetarskyddsdistrikt, inspektör Tuija Rönholm från Mellersta Finlands arbetarskyddsdistrikt, inspektör Auli Tukiainen från Sydöstra Finlands arbetarskyddsdistrikt, inspektör Ulla Tuominen från Åbo och Björneborgs arbetarskyddsdistrikt samt inspektör Jorma Ukkola från Norra Finlands arbetarskyddsdistrikt. Inspektör Tuija Haikola från Norra Finlands arbetarskyddsdistrikt skötte uppgiften i stället för Jorma Ukkola från och med 1.6.2007.

Eftersom hälsovårdens arbetarskyddsproblem är de samma runt om i landet och eftersom den offentliga hälsovården i hela landet har organiserats ungefär på samma sätt, ansåg social- och hälsovårdsministeriets arbetarskyddsavdelning att det är ändamålsenligt att tillsätta ett nationellt projekt för att koordinera den tillsyn som arbetarskyddsdistrikten utövar.

1.1 Projektets mål

Det strategiska målet för projektet var att utvecklandet av arbets säkerheten och -hälsan blir en del av den långsiktiga planeringen och resursallokeringen på arbetsplatserna inom hälsovården. I samarbete med de organisationer som deltog i projektet ville man utreda vilka problem som ansluter sig till arbets säkerheten och -hälsan och åstadkomma de förbättringar som behövs.

Projektets operativa mål var att för hälsovårdsbranschen åstadkomma en effektiv tillsyn med vilken man säkerställer att arbetsplatserna har fungerande procedurer för att lösa sina arbetarskyddsproblem.

Projektet hade som uppgift att genomföra ett tillsynsprojekt som koordinerades på riksnivån och fokuserades på hälsovården. Genom tillsyn säkerställde man att de tyngdpunktsområden som överenskommits i resultatavtalen mellan arbetarskyddsavdelningen och arbetarskyddsdistrikten samt de respektive riskfaktorerna hade identifierats på arbetsplatserna, deras betydelse hade bedömts och dessa ärenden var under kontroll. Till de tyngdpunktsområden som inom hälsovården skulle kontrolleras var kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig mental belastning som arbete medfört samt manuellt utförda tunga lyft och flyttningar. Tillsynen riktades särskilt på dessa problem, även om det naturligtvis också förekommer andra arbetarskyddsproblem på arbetsplatser.

1.2 Verksamhetssättet under projektet

Projektet inleddes med att man på hösten 2004 träffade ledningen för arbetsgivarorganisationen Kommunala arbetsmarknadsverket.

Man presenterade projektet för den och framförde en önskan om samarbete. Kommunala arbetsmarknadsverket skickade till sjukvårdsdistrikten och kommunerna ett allmänt brev där arbetsgivaren berättade om projektet och önskade samarbete. Den egentliga inspektionsverksamheten inleddes därefter mot slutet av år 2004.

I Finland finns 20 sjukvårdsdistrikt och ca 260 hälsocentraler, som blev föremål för projektet. Det största sjukvårdsdistriktet har över 20 000 arbetstagare. De största hälsocentralerna har hundratals anställda, men de minsta har bara 10–20 arbetstagare.

Tillsynsprojektet inleddes hos de största arbetsgivarna dvs. sjukvårdsdistrikten. Med samma princip närmade man sig kommunernas och samkommunernas hälsocentraler.

Enligt statistikcentralens uppgifter arbetar över 129 000 personer inom den allmänna hälsovården. Antalet innefattar alla yrkesgrupper. Sjukvårdsdistriktens personalantal uppgår till nästan 69 000 arbetstagare.

Arbetsplatsinspektionerna delades upp på tre nivåer. I sjukvårdsdistrikten var en inspektion på nivå I samtidigt den inledande inspektionen där man träffade arbetsplatsens högsta ledning. På hälsocentralerna träffade man hälsoväsendets ansvariga ledning. Då presenterade man projektet och dess mål och försökte få linjeorganisationen på arbetsplatsen att binda sig vid projektet.

Under en inspektion på nivå II bedömde man om kontrollprocesser fanns och om de var tillräckliga med tanke på de faktorer som skall övervakas. Då övervägde inspektören om det var bättre att rikta tillsynen på ett resultatområde eller på en geografisk helhet.

Inspektionerna på nivå III var inspektioner av enskilda arbetsplatser, där man genom stickprov bedömde hur de kontrollprocesser som beskrivits på nivå II fungerade i praktiken.

Figur 1. Inspektionsnivåerna

Högsta ledningen	Inspektioner på nivå I
Resultatområde	Inspektioner på nivå II
Enskilda arbetsplatser	Inspektioner på nivå III

Naturen av de ärenden som inspekteras förändras enligt inspektionsnivåerna från större linjeringar till enskilda ärenden. På högre nivå har man i allmänhet beskrivit principerna och fattat motiverade beslut. På nästa nivå har man gett anvisningar och överenskommit om orientering och ibruktagande av nya arbetsmetoder eller anvisningar. På enskilda arbetsplatser borde principerna och anvisningarna synas som praktiska åtgärder.

Avsikten var att betona helheten i stället för att genomföra flera arbetsplatsinspektioner som fokuseras på detaljer. Samkommunerna för hälsovård samt hälsocentralerna inspekterades enligt samma principer som sjukvårdsdistrikten, men om det gällde små enheter genomfördes inspektionerna i en enklare form (nivå I och II sammankopplades och nivå III genomfördes som på sjukvårdsdistrikten).

I samband med det första inspektionsbesöket kartlade man situationen på arbetsplatsen genom att intervjua arbetsplatsens arbetarskyddsexperter. Bedömningen innefattar inspektörens uppfattning av hur arbetsgivaren har iakttagit författningarnas krav särskilt med tanke på de faktorer som tillsynsprojektet gäller, vilken generell utgångspunkt arbetsgivaren har och hur arbetarskyddsverksamheten har organiserats. Bedömningen innefattar även antalet sjukledigheter, olycksfall och besök hos företagshälsovården.

Kartläggningen av utgångsläget bestod av tre delar. I den första delen bedömdes situationen genom att jämföra den med författningarnas innehåll. I den andra delen gavs fakta, och i den tredje ställdes frågor om arbetarskyddsverksamheten. Till slut ställde man en öppen fråga. Man utförde en mer omfattande utredning om sjukvårdsdistriktens arbetarskyddsinformation, eftersom de stora organisationernas verksamhet är mycket olik verksamheten på hälsocentralerna i små kommuner.

På kommuners och samkommuners hälsocentraler genomförde man en enkel bedömning av situationen. Där bedömde man situationen endast med tanke på de centrala faktorer som skall övervakas samt utredde sjukledigheterna och olycksfallen.

Bedömningen konstruerades så att svarsckalan var 0–100 poäng. Femtio poäng fick man när verksamheten uppfyllde lagstiftningens krav. Föremålet för inspektionen fick trettio poäng om där fanns allvarliga brister eller om man till exempel inte hade börjat identi-

fiera och analysera arbetsplatsens risker. Sjuttiofem poäng fick man när verksamheten var god och innehöll kännetecknen på en fortlöpande utveckling. Med kursiv beskrev man ett idealfall som skulle ge hundra poäng och som troligen är svårt att nå.

Mera detaljer om frågor och bedömningsgrunderna anges i bilagan.

1.3 Allmänna utvecklingen av förhållandena i arbetet

Enligt arbetslivsbarometern bedömer fler än sju utav tio kommunarbetstagare att deras arbete är psykiskt mycket stressande eller ganska stressande. Inom industrin är den motsvarande andelen ca 50 procent och hos staten litet över 50 procent. Också inom den privata servicesektorn är arbetet psykiskt klart mindre stressande än inom kommunsektorn.

Löntagarna har bedömt att både den psykiska och fysiska belastningen i arbetet har ökat hela 1990- och 2000-talet. Av alla personer i arbete har 40-70 procent varje år varit av den åsikten att belastningen i arbetet har ökat jämfört med föregående år, och endast några procent har haft en motsatt åsikt.

Ökningen i den psykiska belastningen i arbetet har varit tydligast i kommunerna. Kommuners personal har vid enkätundersökningar alltid sett en större ökning av den psykiska belastningen i deras arbete än personalen hos staten eller inom den privata servicesektorn eller industrin. När man betraktar en längre period har även statens arbetstagare oftare än i genomsnitt bedömt att den psykiska belastningen har hållit på att öka.

De flesta av dem som anser att arbetet borde underlättas arbetar inom kommunernas hälsovård.

Ökningen av den psykiska belastningen i arbetet har blivit tydligt långsammare enligt arbetsministeriets senaste enkätundersökning. Denna trend av en långsammare ökning som har varit synbar sedan 1993 har varit tydligast inom den offentliga sektorn. Under de tre senaste åren har den psykiska belastningen i arbetet inom privatsektorn åter tagit en uppåtgående riktning.

Läkarna upplever fysiskt våld eller hot om våld vanligtvis i jobben. Enligt en undersökning om läkarnas hälsovård upplever läkar-

na att kolleger har gjort sig skyldiga till psykiskt våld oftare än patienter (Finlands Läkartidning 20–21, 2007).

Enligt arbetslivsbarometern har arbetarskyddet utvecklats i en mer positiv riktning inom kommunsektorn. Också inom hälsovården verkar den dåliga situationen av år 2004 hålla på att bli bättre enligt barometern.

Arbetsolycksfall och yrkessjukdomar har länge visat en sjunkande tendens. I föl ökade emellertid antalet arbetsolycksfall. Enligt Arbetshälsoinstitutets utredning har förhållandena i arbetet och välbefinnandet inom social- och hälsovårdsbranschen i många avseenden utvecklats i en dålig riktning år 2005 (Arbetshälsoinstitutet 2006). Brådskan är en belastningsfaktor, man är mindre nöjd med ledandet av arbetet och organisationen, och man anser att ens egna inflytelsemöjligheter i arbetet har minskat. Å andra sidan har uppgifterna inom branschen en massa positiva drag.

För den fysiska ergonomins del har vårdpersonalens förhållanden i arbetet och arbetsarrangemang förbättrats sedan 1990-talet, anger en utredning om vårdpersonalens förhållanden i arbetet 1992–2003 (Arbetarskyddspublicationer 78, SHM 2004). Man upplevde att den psykiska belastningen har ökat hela tiden.

Enligt arbetslivsbarometern för kommunbranschen 2006 upplevde man att inflytelsemöjligheterna i någon mån hade förbättrats på hälsoväsendet. Riktningen anses gå mot det bättre. Man arbetar något mindre övertid än förr. Inom hälsovården anser man att våld och trakasserier i arbetet har minskat, medan sjukfrånvaron har ökat (Arbetarskyddscentralen 2007). Man upplevde att den psykiska och fysiska belastningen i arbetet hade ökat.

1.4 Internationell verksamhet rörande arbetarskyddet inom hälsovården

Hälsovården utgör ett viktigt mål för arbetarskyddsmyndigheternas verksamhet i hela Europa, där hälsovården har 16,6 miljoner anställda (World Health Report 2006) och där det finns tryck på att locka fler yrkespersoner från länder utanför Europa för att underlätta bristen på arbetskraft (JAMA 298: 1853, 2007). Situationen är

likadan i USA, där man inte utbildar tillräckligt många sjukskötare jämfört med behovet (JAMA 298: 1623, 2007).

Det omfattande verksamhetsområdet och anpassningen till dess ändringar förutsätter harmoniserade regler inom gemenskapen samt en vision över arbetshälsan och -säkerheten inom sektorn. Europeiska unionen har redan börjat bereda gemensamma anvisningar om arbetshälsans och -säkerhetens tillvägagångssätt för hälsovårdssektorn. Anvisningarna betonar ergonomin och belastningsfaktorerna samt hanteringen och förebyggandet av biologiska och kemiska risker.

I Norge avslutade man 2007 ett tillsynsprojekt för hälsovården som hette "God Vakt, arbeidsmiljø i sikkehus" (Arbeidstilsynet 2005). Projektet startades år 2004 och tillsynen inleddes på inrättningar 2005. År 2007 genomförde man en bedömning av projektets verkningar. Utöver tillsynsarbetet har man hållit seminarier i sjukvårdsdistrikt samt ordnat möten och infotillfällen. I projektet har man särskilt beaktat arbetsorganisering, kultur och teknologi, ändringar i arbetet, psykisk och social belastning samt ergonomiska faktorer.

I Sverige har man särskilt ingripit i hälsovårdens resursfrågor, och på grund av otillräckliga resurser har man t.ex. dömt ut viten (AIVÄ 2004/12440, 2004). På så sätt har man strävat efter att minska den belastning som beror på personalbrist. I Sverige har man också planer att grunda ett nytt tillsynsorgan med namnet "Vårdinspektionen" och starta dess verksamhet senast år 2014. Vårdinspektionens verksamhetsområde planeras omfatta tillsynen av hälsovårdsservice (Läkartidningen 104: 3261, 2007).

I Storbritannien har man grundat ett nationellt hälsovårdsprogram vars huvudsakliga mål är att säkerställa en trygg arbetsmiljö (Dept. Of Health, UK Consultation paper; Tackling nuisance or disturbance behaviour on NHS healthcare premises, 2006). I samband med programmet har man skapat ett nationellt rapporteringssystem, dit man anmäler alla våld- och hotsituationer som kunder har orsakat. Samarbetet mellan åklagarna och polisen har utvecklats. Antalet väckta åtal ökade under ett par år från 51 till över 750.

I Schweiz har man utrett betydelsen av stresshändelser. Det visade sig att bristfällig information, felaktiga åtgärder i medicinsk vård och våldsamma kunder utgjorde de vanligaste belastningsfaktorerna

na (Ergonomics 49: 457, 2006). Psykosociala belastningsfaktorer är viktiga särskilt i direkt patientarbete. I Danmark har man utvecklat ett hjälpmedel för att bedöma dem (Int. J. Nurs. Stud. 44: 814, 2007). Också i Nederländerna har man utvecklat metoder för att hantera patienter på ett tryggt sätt. En del av metoderna är att lära sig av äldre arbetstagare. (Crit. Care Nurs. Clin. N. Amer. 19:205, 2007).

I flera länder har man fäst särskild uppmärksamhet vid arbetsklimatet och organiseringen av arbetet. I en amerikansk studie har man konstaterat ett påfallande samband med hälsan och välbefinnandet (J. Occup. Environ. Med. 49: 50, 2007). I Kanada har man betonat hur viktigt grupparbete är (Healthc. Pap. 7: 92, 2007). Med hjälp av dessa och många andra forskningsrapporter har man kunnat dra slutsatser om vårdpersonalens arbetstillfredsställelse och livskvalitet (Nurs. Admin. Q. 32: 152, 2007). Kvalitetskriterier och kriterier för att bedöma kvalitetskriterierna kan tillämpas t.ex. på hälsovårdare som arbetar ensam på landsbygden (J. Rural Health 23: 179, 2007).

I flera länder erbjuder sjukhusen företagshälsovårdens tjänster för vårdpersonalen. Finlands situation har utretts i denna rapport (se. kapitel 2.5), men det är inte lätt att få uppgifter om situationen i andra länder. I Grekland har nyligen publicerats en utredning som anger att personalen utnyttjar företagshälsovårdens tjänster i huvudsak för att utreda akuta symtom, och därtill deltar de i hälsoundersökningar (Med. Sci. Monit. 12: C341, 2006). Sådan verksamhet av företagshälsovården har kritiserats bl.a. därför att företagshälsovården inte genomför riskbedömningar på arbetsplatsen, och att t.ex. personer som fått ryggsmärtor till följd av belastning i arbetet direkt kontaktar en specialläkare. Man har också kritiserat övriga brister i förebyggande arbete (brev till en journalist, 23.8.2006, Med. Sci. Monit.). Därför borde företagshälsovården inte bara nöja sig med en personlig tränares roll (New Engl. J. Med. 357: 1465, 2007).

Kontrollen över arbetshälsan och –säkerheten inom hälsovården har inkluderats i kvalitetsmanualer o.d. till exempel i Kanada (CMAJ 177: 1221, 2007).

För att förebygga ryggskador i vård- och transportbranscherna har man i Europeiska unionens medlemsstater under 2007 genomfört en kampanj med namnet ”*Belasta rätt!*”. Yrkesinspektörskom-

mittén (SLIC) har planerat detta europeiska initiativ, och EU:s kommission stöder det. Kampanjen har genomförts i nära samarbete med Europeiska arbetsmiljöbyrån. I Finland har arbetarskyddsförvaltningen svarat för genomförandet av kampanjen i praktiken. I vårdbranschen har kampanjens åtgärder omfattat utdelning av broschyrer samt inspektioner, som arbetarskyddsdistriktens inspektörer har genomfört för att bedöma den belastning som manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar orsakar vårdpersonalen.

En kort översikt på utvecklingen i Europa och annanstans visar tydligt hur stor ekonomisk betydelse hälsovården har och hur viktigt det är att utveckla hälsovården på ett tryggt sätt. Vårt projekt har i denna jämförelse haft likadana målsättningar och lika moderna verksamhetsätt som de utländska projekten.

2. ARBETARSKYDDETS TILLSTÅND INOM HÄLSOVÅRDEN

2.1 Konstaterade ändringar

Utgångssituationen bedömdes år 2005. Sjukfrånvaro- och olycksfallsuppgifterna gällde då år 2004. Situationen bedömdes på nytt år 2007 (siffrorna gäller år 2006).

Utgångsläget i sjukvårdsdistrikten utreddes med hjälp av tio frågor. Nedan i Tabell 1 finns ett sammandrag om bedömningen.

Tillsynen omfattade 20 sjukvårdsdistrikt, som hade omkring 60 000 anställda. Frågorna bestod av tre delar. I den första delen bedömde man hur lagstiftningens krav allmänt har iakttagits. I den andra delen samlade man in faktauppgifter, och i den tredje delen bedömde man arbetarskyddsverksamheten.

Bedömningsskalan var 0–100 poäng. 50 poäng var den gräns då lagstiftningens krav har blivit uppfyllda. De exaktare grunderna för bedömningen anges i bilagan.

Tabell 1. Situationsbedömning, jämförelse 2005 och 2007
Sjukvårdsdistrikten

	2005	2007	Ändring
Personalen sammanlagt	64884	68907	4023
INNEHÅLLET			
Hur har sjukvårdsdistriktet som en helhet genomfört bedömningen av riskerna?	64	86	18
Hur har man vid riskbedömningen beaktat de frågor som enligt projektets målsättningar skall övervakas: kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig psykisk belastning i arbetet samt manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar?	66	86	20
Hur bedömer du arbetsgivarens utgångspunkt: hur väl känner arbetsgivaren till arbets säkerhetsbestämmelserna, hur utbildar den sin personal och hur är dess säkerhetspolitik?	69	79	11
FAKTA			
Sjukfrånvaron	17	17	0
ARBETARSKYDDSVERKSAMHETEN			
Besöken hos företagshälsovården per arbetstagare / år	3	3	0
7. Hör arbetarskyddet till linjeorganisationens vardagliga verksamhet?	61	72	11
8. Finns det ett verksamhetsprogram för arbetarskyddet?	71	85	14
9. Följer sjukvårdsdistriktets ledning upp arbetarskyddsverksamheten och ger ledningen målsättningar för den?	56	72	16

Kartläggningarna visar att utvecklingen har varit positiv för alla frågors del. Frågorna 1 och 2 kartlägger bedömningen av riskerna och hur projektets centrala tillsynsområden har tagits hänsyn till. Utgångsbedömningarna var 64 och 66 poäng, vilket innebar att sjukvårdsdistrikten i genomsnitt uppfyllde lagstiftningens krav. Variationen var stor, och nivån var inte mycket högre än minimikraven.

I slutbedömningarna märker man en tydlig förbättring: 82 och 86 poäng. Nivån hade klart överstigit kraven. Man kunde klart märka att det fanns vilja att utveckla sig och verksamheten., Man konstaterade inga brister i att iaktta säkerhetsföreskrifterna. Uppföljnings- och rapporteringssystemen hade blivit bättre.

Arbetsgivaren hade också mer kännedom om arbetarskydds-författningarna, utbildningsärendena och säkerhetsfrågorna. Utgångsbedömningen var 69 poäng och slutbedömningen 79. Enligt bedömningarna är arbetsgivarna bättre förtrogna med arbetarskyddsbestämmelserna än förr, personalen får utbildning och säkerhetsfrågorna utvecklas. På motsvarande sätt är arbetarskyddsverksamheten bättre än i början av projektet.

Hälsocentralerna bedömdes med hjälp av fem frågor, som var desamma som för sjukvårdsdistrikten. De två första frågorna gällde iakttagandet av lagstiftningen, de två följande faktauppgifter och den sista delen gällde verksamhetsprogrammet för arbetarskyddet. Hälsovårdscentralernas siffror är mindre exakta än sjukvårdsdistriktenas siffror. Statistiken kan vara en del av hela kommunens eller social- och hälsoväsendets statistik, talen kan omfatta även olycksfallen på väg från eller till arbetet osv.

Före slutet av maj 2007 genomförde man tillsynsinspektioner på 267 hälsocentraler i kommuner eller samkommuner. Hälsocentralerna har sammanlagt nästan 57 000 anställda. Under det första varvet besökte man 186 hälsocentraler. En del av hälsocentralerna besöktes bara en gång, men hos största delen av dem bedömde man både utgångs- och slutsituationen.

Bedömningsgrunderna är desamma som för sjukvårdsdistriktena.

Tabell 2. Situationsbedömning, jämförelse 2005 och 2007
Hälsocentralerna

	2005	2007	Ändring
Personalen sammanlagt	37563	56628	19065
INNEHÅLLET			
Hur har arbetsgivaren som en helhet genomfört bedömningen av riskerna?	54	76	22
Hur har man vid riskbedömningen beaktat de frågor som enligt projektets målsättningar skall övervakas: kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig psykisk belastning i arbetet samt manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar?	56	76	19
FAKTA			
Sjukfrånvaron	13	16	4
ARBETARSKYDDSVERSAMHETEN			
Finns det ett verksamhetsprogram för arbetarskyddet?	65	84	19

Hälsocentralernas utgångssituation var sämre än sjukvårdsdistriktenas. Slutbedömningen visar ändå en klar förbättring också på hälsocentralerna. Den bedömning och utredning av riskerna som arbetarskyddslagen förutsätter hade vid utgångssituationen bedömts vara värd 54 poäng, och tillståndet av de för projektet centrala faktorerna hade fått 56 poäng. Ytterligare var variationen stor mellan olika hälsocentraler, och brister förekom på flera hälsocentraler. Slutbedömningarna uppgick till 76 poäng för båda ovan nämnda faktorer del. Det förekom knappt några brister.

I förhållande till bedömningsgrunderna har uppföljningen och rapporteringen av verksamheten blivit bättre. Det finns inga brister i arbetarskyddsverksamheten. Arbetarskyddsinspektörernas anser att hos hälsocentralerna finns vilja att utveckla sig och utveckla verksamheten. Också innehållet av verksamhetsprogrammen för arbetarskyddet har förändrats: tidigare var de bara dokument som innehöll minimikraven, men nu försöker man verkligen utveckla verksamheten.

2.2 Uppnåendet av lagstiftningens syfte

Att identifiera riskerna och bedöma deras betydelse är en av de centralaste frågorna i arbetarskyddslagen. På grund av arbetarskyddsinspektörernas bedömning var detta i ordning i alla sjukvårdsdistrikten. Också de frågor som tillsynsprojektet särskilt riktades på – kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig mental belastning som arbete medfört samt manuellt utförda tunga lyft och flyttningar – är nu under god kontroll på arbetsplatserna. Detta betyder emellertid inte att dessa frågor är helt problemfria, utan att arbetsgivarna kan nu identifiera problemen och de har vidtagit åtgärder för att kontrollera dem.

Utredningen och bedömningen av riskerna utgör en systematisk och täckande helhet där man har analyserat de risksituationer som förekommer på arbetsplatsen, bedömt deras förekomst och följer samt analyserat riskernas betydelse. På detta sätt får man fram de saker som behöver åtgärdas. En sådan riskbedömning är ett utmärkt medel för att förebygga hot om våld.

System för säkerhetskontroll bedöms på grund av hur arbetsgivaren har bedömt och utrett riskerna, vilka åtgärder sedan har tagits, och hur arbetsgivaren observerar och uppföljer att hans/hennes anvisningar och bestämmelser beaktas.

I kapitel 3 har man i detalj bedömt arbetarskyddssituationen när det gäller kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig mental belastning som arbete medfört samt manuellt utförda tunga lyft och flyttningar.

Enligt bedömningarna har arbetarskyddsverksamheten förbättrats. I stora organisationer har man mer egen expertis än i små. I små organisationer finns risk att all arbetarskyddsverksamhet bedrivs vid sidan av eget arbete. Förmännens inställning till arbetarskyddet och kännedom om det kan vara bristfällig, och de får kanske inte tillräckligt stöd av organisationen. Det kan vara svårt att skaffa sig utbildning. Beroende på många orsaker kan en stor organisation ofta sörja för den dagliga arbetarskyddsverksamheten bättre än en liten organisation.

Enligt arbetarskyddslagen skall arbetsgivaren ha ett verksamhetsprogram för arbetarskyddet som omfattar både behoven att utveckla arbetsförhållandena på arbetsplatsen och arbetsmiljöfaktorernas påverkningar. Man kontrollerade också detta som en del av situationsbedömningen. Alla enheter hade utarbetat ett verksamhetsprogram för arbetarskyddet. Man ansåg att verksamhetsprogrammet var utmärkt i många enheter, och då är det inte bara ett dokument, utan det stöder arbetsplatsens arbetarskyddsverksamhet och är ett fungerande program.

2.3 Sjukfrånvaron

I sjukvårdsdistrikten uppgår sjukfrånvaron i genomsnitt till 17 dagar per arbetstagarare per år. Talet är detsamma som i bedömningen för år 2005. Det har beräknats för alla 20 sjukvårdsdistrikt och det gäller 69 000 arbetstagarare. Denna arbetstagararegrupp i sjukvårdsdistrikten har sammanlagt 1 173 000 sjukfrånvarodagar per år.

I arbetarskyddsförvaltningen har man bedömt att kostnaderna för en sjukfrånvarodag uppgår till 150–220 euro. Så uppgår kostnaderna för sjukfrånvaron till hundratals miljoner euro.

På hälsocentralerna hade man enligt bedömningen för 2007 sammanlagt 16 sjukfrånvarodagar per arbetstagare. I bedömningen för 2005 hade man 13 sjukfrånvarodagar per arbetstagare per år. Ökningen torde bero på att den undersökta gruppen var större år 2007 och omfattade fler stora arbetsgivare än i den första bedömningsgången.

I sjukvårdsdistrikten besökte arbetstagarna företagshälsovården i genomsnitt tre gånger om året, men man frågade inte om de hade besökt hälsocentralen.

De siffror som beskriver sjukfrånvaron kan jämföras med siffrorna i arbetslivsbarometern för kommunsektorn, enligt vilka antalet sjukfrånvarodagar inom kommunsektorn har ökat endast i någon mån i relation till personalantalet. På kommunernas arbetsplatser har man år 2006 varit ca 11 dagar borta från arbetet på grund av egen sjukdom. Inom hälsoväsendet uppgick antalet sjukfrånvarodagar till 19,7 per person. (Arbetslivsbarometer för den kommunala sektorn 2006, Arbetarskyddscentralen 2007)

Enligt Finlands Näringslivs (EK) arbetstidsöversikt var personalen i dess medlemsföretag i genomsnitt 11 dagar borta från arbetet under 2006. Talet var 4,4 % av arbetstiden. En industriarbetare var borta 16 dagar och personalen inom servicesektorn 9 dagar per år. Enligt en undersökning i vilken Arbetshälsoinstitutet utredde välbefinnandet hos kommunanställda och sjukhusarbetstagare var sjukfrånvaroprocenten 5 för kvinnor och 3,4 för män. Omräknat till dagar blir det 13 dagar för kvinnor och 8 dagar för män.

Med olycksfallskvot avser man antalet olycksfall per tusen arbetstagare. I denna rapport behandlar man inte olycksfallskvoten, eftersom den förblev inexakt. Detta beror på att olika arbetsgivare har olika sätt att föra statistik. Därför är det svårt att av dem beräkna enhetliga och jämförbara siffror. Några statistiker omfattade till exempel olyckorna på väg till eller från arbetet. Det finns mycket att utveckla i rapporteringen av olycksfall och farliga situationer. Även för arbetarskyddspersonalen kan det vara svårt att få dessa uppgifter, eftersom de inte har förts i statistiken. Detta gäller mera för hälsocentraler än för sjukvårdsdistrikt.

3. TILLSYNENS RESULTAT

3.1 Inspektionerna

Tillsynsprojektet för arbetarskyddet inom hälsovården inleddes hösten 2004. Ledningen för social- och hälsovårdsministeriets arbetarskyddsavdelning träffade då ledningen för Kommunala arbetsmarknadsverket, som till sjukvårdsdistrikten och kommunerna skickade ett allmänt brev där man gav information om projektet. Den egentliga inspektionsverksamheten startade genast därefter i slutet av år 2004 (figur 2).

Sjukvårdsdistrikten valdes först som föremål för projektet. I nästa skede utvidgades projektet till kommunernas och samkommunernas hälsocentraler. Under den första inspektionen träffade man representanter för sjukvårdsdistriktens ledning, presenterade projektet och dess mål samt kom överens om fortsatta åtgärder. Med samma princip närmade man sig kommunernas och samkommunernas hälsocentraler.

När man höll på att inleda projektet, kontaktade man även länsstyrelserna och berättade om projektet. Med länsläkare har man samarbetat under hela projektet.

Arbetarskyddsdistrikten startade sin inspektionsverksamhet på litet varierande sätt. I ett arbetarskyddsdistrikt hade tre sjukvårdsdistrikt ett gemensamt möte där projektet på samma gång presenterades för dem alla. Vid samma tillfälle grundade man också gemensamma arbetsgrupper som utvecklade sina egna anvisningar för de krav som arbetarskyddsinspektörerna ställer. Anvisningarna gällde särskilt tillsynens målsättningar, hot om kundvåld, trakasserier och osakligt bemötande, skadlig psykisk belastning i arbetet samt manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar.

Mot slutet av 2005 hade ett inledande inspektionsbesök genomförts på alla 20 sjukvårdsdistrikten. Därefter kartlade man sjuk-

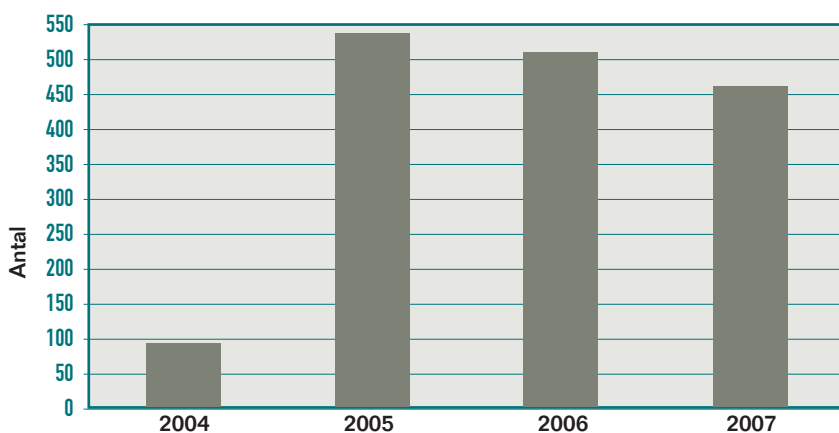
vårdsdistriktens utgångssituation genom att med hjälp av tio frågor bedöma arbetsgivarens arbetssäkerhets- och arbetshälsosituation i relation till de krav som författningarna ställer.

Inspektionerna fortsatte som inspektioner på nivå II och III. På sjukhus- eller avdelningsnivån bedömde man existerande anvisningar och arbetspraxis. På enskilda arbetsplatser dvs. i samband med inspektioner av nivå III bedömde man hur anvisningarna och planerna hade genomförts och hurdan situationen var i praktiken. Tabell 3 nedan visar nivåinspektionernas antal.

På kommunernas och samkommunernas hälsocentraler fortsatte man inspektioner år 2006 och där genomförde man också en situationsbedömning. I kommunerna och samkommunerna kunde man inspektera hälsoväsendet som sådant eller som en del av inspektionen av socialväsendet, eller t.o.m. som en del av inspektionen av kommunen. Till exempel under "kommunveckorna" kunde man ta hela kommunen som föremål för inspektion, och en grupp av flera inspektörer inspekterade alla dess funktioner. Då utgjorde hälsoväsendet en del av helheten. Inspektionerna under 2006-2007 bestod till största delen av inspektioner på nivå III.

Under projektet genomförde man i alla arbetarskyddsdistrikt EU:s kampanj "Belasta rätt!" för att förebygga ryggsador i vård- och transportbranscherna. Under arbetarskyddsinspektionerna i samband med kampanjen bedömde inspektörerna hur stor belastning de enskilda förflyttningarna av patienter medförde hos sammanlagt 29 vårdare som arbetade på olika sjukhus. Bland vårdarna fanns personer både från sjukvårdsdistrikt som hälsocentraler. Man bedömde sammanlagt 43 enskilda förflyttningar av patienter. Vid bedömningen använde man en bedömningsmetod för belastning av patientförflyttningar som publicerades år 2007 (Karhula m.m. Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä, 2007). Metoden innebar både en del där inspektören gjorde observationer och en intervju av arbetstagaren. Man kommer att utge en särskild rapport om kampanjens resultat.

Figur 2. Arbetarskyddsinspektionerna inom hälsovården 2004–2007



Inspektionerna inleddes i slutet av år 2004. De flesta inspektionerna genomfördes 2005, sammanlagt 561 st. Inspektionerna fördelades ganska jämnt över hela landet och huvudvikten låg på inspektioner på nivå II och III.

Tabell 3. Inspektionerna på de olika nivåerna

Nivå	Sjukvårdsdistrikt	Hälsocentral	Sammanlagt
Nivå I	30	290	320
Nivå II	168	392	560
Nivå III	288	432	720

Största delen av inspektionerna riktades på enskilda arbetsplatser (nivå III), där man bedömde hur anvisningarna, arbetsmetoderna och kontrollförfarandena för arbetarskyddet genomfördes i praktiken. Avsikten med dessa inspektioner var att säkerställa att arbetstagarna var medvetna om de anvisningar som arbetsgivaren hade gett och de tillvägagångssätt som man hade överenskommit om, och att dessa iaktogs i praktiken.

Tabell 4. Inspektionerna i registret för tillsynsuppgifterna enligt aktivitet, tidsåtgång och personantal

AKTIVITET	n	timmar	personantal
Arbetsplatstillsyn	1635	3578	346507
Tillsyn av anställningsförhållanden	2	8	4250
Förhandstillsyn	11	21	145
Samarbete med intressegrupper	12	31	1976
Utbildning och informering	31	90	3216
Sammanlagt	1691	3728	356094

Enligt registret för tillsynsuppgifterna genomförde man under projektet 1691 olika åtgärder, varav 1600 var grund- eller uppföljningsinspektioner (tabell 3, alla nivåinspektioner sammanlagt). Antalet övriga åtgärder (tillsyn av anställningsförhållanden och förhandstillsyn, samarbete med intressegrupper, utbildning och informering) uppgick till 56 st (tabell 4).

I arbetarskyddsförvaltningen har man under de senaste åren genomfört ca 17 000–18 000 arbetsplatsinspektioner per år. En betydelsefull del av förvaltningens resurser har alltså riktats på hälsovården.

3.2 Hot om kundvåld

3.2.1 Lagstiftningens krav

I arbetarskyddslagen bestäms att i arbete som är förknippat med en uppenbar risk för våld skall arbetet och arbetsförhållandena ordnas så att risken för våld och våldssituationer i mån av möjlighet förebyggas. Ofta är det fråga om en situation där man måste bemöta en våldsam kund. Den fysiska arbetsmiljöns struktur och en otillräcklig kontroll över situationen kan medverka till att våldssituationer uppstår.

Vid behov skall man för arbetsplatsen genomföra ändamålsenliga säkerhetsarrangemang samt anordningar för att larma hjälp. Till

exempel arbetsarrangemangen eller en ändring av arbetssätten kan hjälpa att förebygga våld. Säkerhetsarrangemangen kan innefatta t.ex. passagekontroll, automatiskt stängande dörrar, kamerabevakning, skyddande plexiglas framför kundservicedisken, säkerhetsmän och larmanordningar.

Arbetsgivaren skall utarbeta anvisningar om rutiner för arbetet eller arbetsplatsen. Anvisningarna skall behandla t.ex. hur en våldsam situation sannolikt kan yppa sig, hur hotfulla situationer kan hanteras samt med vilka tillvägagångssätt våldssituationers inverkan på arbetstagarens säkerhet kan förhindras eller begränsas.

3.2.2. Problemen

Våldssituationerna har blivit fler under de senaste åren, och detta gäller särskilt allvarliga situationer. I alla arbetarskyddsdistrikt konstaterade man att kundvåldet är särskilt förknippat med berusade kunder, deras anhöriga eller berusade följeslagare. Vanligtvis gäller det situationer där kunden behöver första hjälp eller akut vård. Kundvåld har förekommit till exempel på barnavårdscentraler, och också demenspatienter på kronikeravdelningar har orsakat våldssituationer. I och med att hemvården har blivit allmännare har hot om våld och hotande situationer blivit vanligare.

På små orter har det varit svårt att göra hjälpen tillgänglig om till exempel polisens jourplats ligger långt borta och det inte finns väktare i närheten.

Enligt förfrågningarna hade våld och hot om våld varit mycket vanliga bl.a. på förstahjälpsavdelningarna, vilket naturligtvis är belastande. Anmälningarna till förmännen och arbetsgivaren var sakliga, men begäran om polisundersökningar var mycket mer sällsynta på grund av personlig fruktan i samband med dessa fall. När det gäller hot om våld är det ett problem att offret själv måste lämna en begäran om polisundersökning eftersom det är fråga om ett målsägandebrott.

3.2.3 Åtgärderna

Åtgärderna för att bekämpa hotet var av två slag: De strukturella åtgärderna var: kamerabevakning monteras, förberedelser görs för

flyktvägar och användningen av flyktvägarna övas, från borden avlägsnas alla föremål som kan användas som vapen, fasta säten monteras, larmanordningar tas i bruk, dörrar och anordningar låses samt passagekontrollen utvecklas.

Man kan bättre än tidigare ta hänsyn till den strukturella säkerheten när det gäller nybyggnader och när lokaler renoveras. Även anordningarnas teknologi har blivit bättre.

Förnyelserna anslutna till verksamheten omfattar att man övergår till pararbete, ordnar utbildning om hur man skall träffa hotfulla kunder samt ökar antalet väktare och gör deras närvaro bättre synlig. Användningen av anmälnings- och larmsystem har blivit bättre vilket har möjliggjort snabba interventioner i pågående hotfulla situationer. Till följd av detta har även debriefing av våld- och hotsituationer blivit vanligare i arbetsgemenskaperna. Ett särskilt problem är att vägleda tillfälliga vikarier och ersättande arbetstagare till rätta arbetssätt. För dem har man bl.a. utarbetat korta anvisningar som ryms på en sida.

3.2.4 Ändringarna under projektet

Ändringarna under projektet har omfattat ovan beskrivna åtgärder. Deras verkningar utreddes genom inspektionsbesök och förfrågningar. Det har inte alltid varit lätt att ändra på praxis, eftersom man inte alltid kan utnyttja den kunskap som man fått, eller att till exempel olycksfallsstatistik inte utnyttjas som planeringsgrund på samma sätt som till exempel sjukfrånvarodata. Olika yrkesgruppers samarbete för att förebygga våld och hot om våld har blivit bättre. Ändringen av kundkretsen (berusade kunder) och längre väntetider har ökat aggressiviteten.

Å andra sidan har man börjat förhålla sig korrekt till problemet och det är klart sällsyntare än tidigare att man bl.a. låter en arbetstagare att känna sig skyldig. Alla händelser bokförs emellertid inte, och därför behöver arbetarskyddets verksamhetsanvisningar och beaktandet av dem ännu utvecklas. Den allmänna ledningen är nuförtiden bättre medveten om situationen och också om sitt eget ansvar.

Förhållningssättet mot våldet har också förändrats under projektet. Man försöker mer än förr utnyttja god växelverkan och möta en

upphetsad eller aggressiv kund på ett tryggare sätt. Exempel på detta är AVEKKI-utbildningen eller användningen av fysiskt begränsande på ett kontrollerat och terapeutiskt sätt (HTFR, hallittu terapeuttinen fyysinen rajoittaminen).

3.2.5 Framtidsutsikter

Det är klart att man fortfarande behöver myndighetstillsyn. Den riktas på konkreta arbetsplatser men också på allmänna arrangemang och arbetsgivarens metoder för att kontrollera problem. Även dessa kan utvecklas i och med att arbetets natur och författningarna förändras, och den ansvariga myndigheten har naturligtvis möjligheter att påverka utvecklingen.

Det är fortfarande problematiskt att ordna larmsystem för att få hjälp på glesbygden. Också medhjälparna, t.ex. fastighetsskötaren av inrättningens lokaler, borde utbildas för uppgiften.

Inrättningarna inom hälsovården borde vidareutveckla ändamålsenligheten av sina lokaler, och myndigheten borde säkerställa att lokalerna har planerats och byggts så att de motsvarar sitt ändamål. Planerna om användningen av byggnaderna och utrymmena kan förändras snabbt. Om användningsändamålet ändras, är de nya lokallösningarna inte alltid fungerande med tanke på förebyggande av hotet om våld.

AVEKKI hjälper vid hantering av våld

I Kuopio universitetssjukhus har man redan för 25 år sedan börjat fundera på hur man ska hantera våld som förekommer bland patienter. Hanteringen av våld har avancerat som en process via olika faser och projekt till en situation där man har tagit i bruk AVEKKI-verksamhetsmodellen, som är en produkt av Savonia yrkeshögskola. Genom modellen strävar man efter att hantera patientaggressionen. Namnet AVEKKI härstammar från orden aggression, våld, förebyggande, utveckling, utbildning och integration.

Behovet att utveckla hanteringen av patientvåld blev aktuellt i början av 1980-talet på den barnpsykiatriska avdelningen av Alava sjukhus där en del av patienterna i ungdomsålder hade bildat gäng. Sjukvårdarna hade börjat uppleva våldet mycket påfrestande då patienterna hade bragt

egg- och skjutvapen med sig när de kom tillbaka från semester. Patienterna var svårskötta och det förekom dagligt våld – angrep, slag och ringflygande föremål – som de riktade mot personalen och varandra.

- Sinnesjukvårdarna kom till mig och sade att de hellre skulle arbeta på Niuvanniemi sinnesjukhus för fångar än på barnpsykiatriska avdelningen. Då började man tänka att man måste göra någonting i saken, berättar säkerhetschefen Hannu Hoffren från Kuopio universitetssjukhus.

Då inleddes ett systematiskt utvecklingsprojekt. Till en början konstaterades det att lokalerna inte var lämpliga för att begränsa patienternas uppförande. Man började hantera våldet genom att bygga om den fysiska miljön. Ett särskilt vådrum togs i bruk, dvs. en intensivvårdsenhet där bl.a. bordet var fäst med bultar i golvet, spegeln murad in i väggen och möblerna var av superlon.

Vårdkedjan och hanteringen av våld avskilda

Man hade också satsat ekonomiskt på hanteringen av våld i mitten av 1980-talet då de första väktarna anställdes till Kuopio universitetssjukhus.

- Med hjälp av väktarna ville man skydda vårdpersonalens integritet. Väktarens uppgift var att hålla tillbaka aggressionen för att vårdarna där efter kunde fortsätta vårdprocessen. Man hade också tänkt på att vårdpersonalen kanske kunde använda olika slags hjälpmedel, men handbojor, gasspridare och batonger togs emellertid inte i bruk, eftersom det kanske skulle ha lett till "kapprustning". Man ansåg att vårdarna har som uppgift att sköta och väktarnas uppgift är att upprätthålla ordningen.

Under ett decennium baserades hanteringen av våld på olika slags självförsvarskurser. Åtgärderna bestod av bekämpningar och grepp kända från kampsporter med avsikt att begränsa patienten genom att åstadkomma smärta.

- På sätt och vis gav man patienten möjlighet att välja. Man sade att om du stretar emot så gör det ont, berättar psykoterapeuten Kari Hakkarainen, som har räknat att han under sitt liv har brottats i tre månader med patienter i isoleringsrummet.

... och förenade igen

Mot sekelskiftet förde narkotika och patienternas många problem obärbarheten med i bilden. Patienternas beteende blev allt mer oförutsett. Kari Hakkarainen tog del i fortbildningen, där tanken mognade att skapa en metod som skulle kombinera våldhanteringsens dittills avskilda delområden, dvs. vådrutrymmen, självförsvar, skydd av patienten samt vid behov yrkeskunns begränsning av patienten.

- Då man tidigare hade tänkt att det är säkerhetsmännens sak att ställas inför våld, så kunde man nu i grupparbete göra problemsituationen till en vårdssituation, då aggressionen mottas på ett tryggt sätt. Nya synpunkter kom upp och utgångspunkten var metodens terapeutiska verkan, säger Kari Hakkarainen.

Man började så uppfatta aggressionen som en del av vårdprocessen. En annan viktig sak var begränsning utan smärta. Man kunde begränsa patienten effektivt och tryggt med hänsyn till arbetarskyddet. Om metoden användes den finska förkortningen HTFR, kontrollerad terapeutisk och fysisk begränsning. Inom ramen för det riksomfattande projektet Vä-kivallaton terveydenhuolto (Hälsovård utan våld) utbildades ett par hundra arbetstagare i experimentsyfte på kurser att använda metoden.

Utvecklingsarbetets resultat

Att utbilda personalen började emellertid kännas som ett oändligt kärr. Inom ett år förmår Kuopio universitetssjukhus utbilda 200-300 personer, men omsättningen bland personalen är emellertid 300-400 personer om året. På våren 2004 beslöt man att hålla ett samarbetsmöte om frågan och kallade till mötet centrala stora aktörer från Kuopio-området, huvudsakligen sjukhus och läroanstalter. Då kom man överens om att Savonia yrkeshögskola tar utbildningsansvaret i projektet.

- På hösten 2004 var projektplanen färdig. Finansieringsbeslutet om AVEKKI-projektet kom på våren 2005. Till den snabba starten medverkade att samarbetsparterna redan satt vid samma bord och var färdiga att binda sig vid projektet, berättar projektchefen Seija Taattola från Savonia yrkeshögskola.

- Projektets mål var att skapa en utbildnings- och verksamhetsmodell för förebyggande och hantering av våld. Den primära målgruppen var personalen i social- och hälsovårdsbranschen, men avsikten var att modellen också skulle lämpa sig för annan personal i servicebranschen. Från denna utgångspunkt började man utveckla en processartad modell, som fortfarande utvecklas och som förenar det existerande praktiska kunnandet med teoretiskt kunnande.

Som slutresultat har man fått olika slags utbildningspaket för varierande behov: 12 timmars AVEKKI I, 24 timmars AVEKKI I och utbildarutbildning. Därtill finns det upprätthållande utbildning och kompletterande utbildning för utbildare. En styrgrupp av sakkunniga tar hand om kvalitetssäkringen och utvecklandet.

- Utbildningspaketen är produkter, dvs. de är en del av Savonia yrkeshögskolas avgiftsbelagda serviceverksamhet. AVEKKI-utbildningen är ett obligatoriskt avsnitt i närvårdar- och sjukvårdarutbildningen i social- och hälsovårdsläroanstalterna på Savo yrkes- och vuxeninstitut och i Savonia yrkeshögskola.

Bild 1.
Huvudvikten i AVEKKI-modellen ligger på förebyggandet.



Bild: Hannes Hyvönen

3.3 Trakasserier och osakligt bemötande

3.3.1 Lagstiftningens krav

Om det på arbetsplatsen förekommer trakasserier eller annat osakligt bemötande av en arbetstagare som medför olägenheter eller risker för arbetstagarens hälsa, skall arbetsgivaren med till buds stående medel vidta åtgärder för att avlägsna missförhållandet sedan han eller hon fått information om saken.

Osakligt bemötande kan förekomma mellan arbetstagarna eller mellan en förman och en arbetstagare. Även då är det arbetsgivaren som är skyldig att agera. Med trakasserier och osakligt bemötande avses även sexuella trakasserier.

Trakasseri finns definierat i 6 § i lagen om likabehandling (21/2004) och i 18 och 28 § i arbetarskyddslagen (738/2002). Arbetarskyddsmyndigheterna övervakar att dessa lagar iakttas.

Även i lagen om likabehandling betraktas situationer där arbetsgivaren försummar sina lagstadgade förpliktelser att se till att sexuella trakasserier inte förekommer som förbjuden diskriminering.

3.3.2 Problemen

De problem om trakasserier och osakligt bemötande om vilka arbetarskyddsdistrikten har informerats har varit särskilt komplicerade och har kanske börjat många år tidigare. Å andra sidan får arbetsgivaren inte veta om sådana trakasserier för vilka det finns ett behörigt system att ingripa. Även om än man har lyckats minska trakasserierna mellan arbetstagarna genom ändamålsenliga metoder, tycks däremot trakasserierna, såsom verbala trakasserier och störande samtal från patienters anhöriga, öka. Dessa frågor kan också behandlas som fall av psykiskt våld. I varje fall är det alltid tidskrävande och besvärligt att hantera problemen.

Man kan också anse att vissa frågor i samband med kortvariga anställningsförhållanden och arbetsorder ökar upplevelser om trakasseri, särskilt om helhetsansvaret för arbetet och arbetsplaneringen blir oklart. Samtidigt kommer fram brister i arbetsledningens sakkännedom och deras tidsbrist.

3.3.3 Åtgärderna

Definitionen av begreppen trakasseri och osakligt bemötande och metoderna att förebygga dem ingår i arbetarskyddets verksamhetsprogram i alla de anstalter som var tillsynsobjekt. Med hjälp av utbildningen i frågan hade arbetstagarnas och förmännens roller blivit klarare.

Utvecklingssamtalen har visat sig vara ett gott sätt att relativt tidigt ingripa i problemet och i många fall har man skapat fungerande praxis inom samarbetet med företagshälsovårdsenheterna.

3.3.4 Ändringarna under projektet

På alla arbetsplatser har utvecklingen varit positiv. Samtidigt har myndigheterna kontaktats mindre än tidigare. Som en positiv utveckling kan också anses att man ingriper i problemen på eget initiativ även i de fall som gäller högre ledningen. Den positiva utvecklingen kan anses som följd av exakta handlingsregler.

3.3.5 Framtidsutsikter

Det vilar på arbetsgemenskapernas och ledningens ansvar att ständigt uppdatera praxisen och reglerna, vilket förorsakar ett behov för utbildning. Myndigheterna ska i framtiden utveckla sina metoder och villkor för ingripandet i anmälningarna från arbetsplatser. I en del anstalter ska man ännu förbättra företagshälsovårdens möjligheter och kunnsighet att ingripa i trakasserifallen.

Ett utvecklingsprojekt syftar till att hitta en fungerande medlingsmodell för arbetsplatsen. Målet är att man på arbetsplatsen löser problemen på eget initiativ.

3.4 Skadlig psykisk belastning

3.4.1 Lagstiftningens krav

Det gäller skadlig psykisk belastning som äventyrar individens hälsa. Det kan vara fråga om över- eller underbelastning. Eventuella skadliga belastningsfaktorer kan vara arbete som medför oavbruten belastning eller andra faktorer som beror på arbetets innehåll, en bristfällig arbetskontroll eller arbetsarrangemangen.

Arbetsgivaren är skyldig att sedan han eller hon fått information om saken vidta åtgärder för att klarlägga den skadliga belastningen och undvika eller minska risken. Om det behövs sakkunnighjälp för att konstatera belastningen, bör arbetsgivaren anlita företagshälsovården. När det gäller skadlig belastning kan de individuella skillnaderna vara stora.

3.4.2 Problemen

Begreppet psykisk belastning är nytt. Man kan ha tidigare talat om stress eller brådska. Det har varit svårt att definiera och åskådliggöra begreppet men när problemområdet har förts på tal har det uppstått mycket verksamhet på arbetsplatserna. Alla företagshälsovårdsenheter eller förmän har inte medel eller en klar uppfattning om hur man bör ingripa i förekommande skadlig belastning. Detta kommer särskilt tydligt fram i arbetsplatsutredningarna där risken för belastning sällan nämns. Psykisk belastning kommer emellertid

till synes i sjukfrånvaron och svårigheterna att anställa ny personal, till exempel läkare, om det är känt att jobbet är stressigt på grund av bristen på personal.

Patienterna mår allt sämre och behöver allt mer krävande vård och det ökande antalet patienter leder till att man har mer patienter på extra platser. Också detta orsakar arbetsstress och belastning. Behovet av mera vård och det ökade antalet patienter ökar den skadliga psykiska belastningen.

Det kan hända att överbelastningen på arbetsplatsen missförstås. När arbetstagaren inte tål arbetsbelastningen och tröttnar, kan arbetskamraterna bedöma att orsaken till tröttheten är arbetstagarens personliga egenskaper. Då inser man inte att belastningen beror på arbetet utan till råga på allt ges kanske den belastade personen skuldskänslor. Sådana situationer kan leda till en ond cirkel, varifrån det är svårt att komma ut.

Det finns också många problem med användningen av datatekniska hjälpmedel beroende på outvecklade dataprogram eller dessas olämplighet på hälsovården.

3.4.3 Åtgärderna

På arbetsplatserna har man utarbetat spelregler för att minska belastningen. De förebyggande medlen har bestått av reglerna för yrkesutbildningen, omplacering, uppföljning av sjukfrånvaron och tidig intervention. Man har skapat system med ersättande personal bland annat genom att ombilda vikarietjänster till ordinarie tjänster. Vikariernas situation har förbättrats och förmännens uppgift har underlättats när det har varit lättare att få vikarier med känd kunskapsnivå. I några sjukvårdsdistrikt har personal anställts enbart för rekryteringen av arbetstagare.

Den planmässiga kartläggningen av belastningen i samarbete med arbetstagarna har avslöjat de mest uppenbara problemen. Samtidigt har den enskilda arbetstagaren kunnat analysera orsakerna till sin situation.

Man har försökt hitta lösningar för enskilda arbetstagare. En sådan är t.ex. användningen av alterneringsledighet eller kortare arbetstid. I några fall har det varit möjligt att befria äldre arbetstagare

från nattarbete. Man har satsat på att garantera fungerande vårdkedjor för patienterna. När patienten har övergått från specialistsjukvård till hälsocentral eller tvärtom har man kallat vårdaren från den mottagande anstalten för att göra sig förtrogen med fallet.

Företagshälsovårdsenheterna har försökt öka sin sakkunnighet och förbättra arbetsplatsutredningarnas kvalitet. Man har kanske också inlett arbetshandledning.

3.4.4 Ändringarna under projektet

Under projektet har inga stora ändringar skett i upplevelserna om psykisk belastning. I några fall har arbetstagarna upplevt att belastningen har ökat på grund av de ständiga ändringarna i arbetsmiljön och den stress som kommunernas ekonomiska situation har orsakat. Arbetstagarnas arbetsmetoder har inte förnyats tillräckligt snabbt och detta har också medverkat till deras ökade stressupplevelser.

Å andra sidan har införandet av begreppet belastning upplevts som en nödvändig förnyelse och det har också gjort myndigheternas verksamhet tydligare. Då tillsynen har inriktats på ledningen har också deras kännedom om och intresse för frågan betydligt ökat. Samtidigt har kontakterna till tillsynsmyndigheterna ökat.

Arbetstagarna har också i dag allt oftare stött sig på företagshälsovårdens sakkunniga, som har varit tvungna att höja sin kompetensnivå på grund av den större efterfrågan.

Anlitandet av experthjälpen på datateknikens område har ökat och på det viset underlättat behandlingen av problemen med datatekniken som ständigt förändras.

3.4.5 Framtidsutsikter

Arbetsgivaren har som uppgift att planera fungerande metoder för att minska och eliminera den skadliga psykiska helhetsbelastningen. Dessa innebär metoderna för identifiering, anmälning, utredning och utvärdering av belastningen. På motsvarande sätt bör det på arbetsplatsen finnas metoderna för tillvägagångssätten i förekommande enskilda fall. Det bör dock minnas att en stor del av problemen inte kan lösas enbart med arbetarskyddets metoder. Arbetarskydds-

inspektörernas samarbete med sakkunniga i länsstyrelserna kan ökas, för länsstyrelserna övervakar hälsovårdens resurser.

Ett särdrag i hälsovårdsbranschen är arbete i tre skift, vilket orsakar extra belastning. I social- och hälsovårdsministeriets regler anses treskiftsarbetet som ett arbete med särskild risk för ohälsa. Därför bör man i företagshälsovården utarbeta ett ändamålsenligt system för uppföljande av arbetstagarnas hälsa i treskiftsarbete.

Man kan utveckla uppföljningen av enskilda personers arbetsmängd. Arbetstider, ändringar i arbetsskiftslistor, överskridning av arbetstider och återkallade frivakter är faktorer som avslöjar svårigheterna att kontrollera arbetsmängder.

Information om hälsovårdsbranschens utveckling och arbetets positiva sidor bör distribueras för att antalet sökanden till branschen inte skulle minska. Detta gäller situationer som uppkommer när utlänningarnas andel av hälsovårdsbranschens arbetskraft ökar. Information om vårdarbetet hjälper patienter och deras anhöriga att bilda en sanningsenlig bild av vårdplatsen.

Öppenhet, humor och gemensamma avtal: nycklar till välbefinnande i arbetet i Himanka

Arbetsklimatet är glatt på vårdavdelningen på Himanka hälsocentral. God anda kan inte bara komma till stånd av sig själv utan den förutsätter att man utvecklar arbetsgemenskapen och satsar på välbefinnande i arbetet. I Himanka har man ändå ansett att det är resultatlöst att utveckla bara för utvecklingens skull, utan man borde förbättra välbefinnande i arbetet på grund av praktiska behov.

- Vi har nått gemenskapens välbefinnande genom praktiska åtgärder. Utvecklandet har inte särskilt effektivt planerats på förhand utan det har utformats enligt behoven och enligt en modell för tidigt ingripande, berättar avdelningsskötare Anne Kurikkala och företagshälsovårdare Greta Tuikka.

Avdelningsskötare Anne Kurikkala deltar tidvis också själv i det praktiska vårdarbetet, och därför är hon kanske mer beredd för att lyssna till personalens känslor än om hon bara satt på byrån och gjorde administrativa arbeten.

- Man ordnar till exempel handledningsdiskussioner för personalen när det uppkommer behov för sådana. Som chef har jag så småningom

fått "antennor" som jag hela tiden använder för att registrera hur vi mår här. Man känner på sig när klimatet börjar bli tungt. När jag sedan har tagit upp saken med mina medarbetare, har det funnits ett klart behov av diskussion.

I Himanka har arbetstagarna goda möjligheter att påverka sitt eget arbete. Man har lyssnat på deras åsikter till exempel i samband med reparationer av arbetslokaler. Man förstår hur viktigt det är för välbefinnande i arbetet att information sprids på arbetsplatsen. Avdelningsmöten hålls med tre veckors mellanrum, och de som har ledigt eller är på semester är förpliktade att läsa mötesprotokollet som arkiveras i en mapp på pausrummets bord. I händelse av akuta ärenden såsom ändringar i vårdpraxis kan möten hållas oftare.

Himanka är en kommun med ca 3 200 invånare i Mellersta Österbotten. På en liten ort känner patienterna och skötarna varandra. Då och då blir det tunga arbetsperioder, särskilt om någon av personalen har en anhörig eller annan nära person i terminalvård. Efter sådana perioder har arbetstagarna möjlighet att delta i briefing-diskussioner som en psykiater leder.

- Där kan man liksom tömma bördan. Skötarna tycker att diskussionerna har varit mycket nyttiga. Jag har också själv deltagit i en diskussion, berättar Kurikkala.

Fortbildning inom specialsjukvården

På hälsocentraler måste vårdpersonalen kunna fungera på alla möjliga specialområden som hör till sjukvården. Personalens kompetens förbättras genom fortbildning där en sjukskötare besöker centralsjukhuset i Karleby för ett par veckor för att bekanta sig med och lära sig olika vårdmetoder på olika avdelningar. Man har fått utbildning t.ex. på ortopediska och neurologiska avdelningen.

- Som resultat av fortbildningen har t.ex. slaganfallspatienter, höftpatienter och stomipatienter hos oss fått kontaktpersoner som har mer ansvar än vanligt för kompetensen på sitt eget särområde. De informerar oss andra om vad som händer inom området, följer upp hur vårdmetoderna utvecklas och söker sig till utbildning inom sitt särområde. Förstås kräver det egen motivation att utbilda sig. Arbetsgivaren ställer sig positivt till utbildningen, men också arbetstagarna är villiga att utbilda sig, säger Anne Kurikkala.

Företagsvårdaren Greta Tuikka berömmar vårdpersonalens höga arbetsmoral: målet är att ge kommuninvånarna god vård. Man vill ge centralsjukhusets patienter möjlighet att så snart som möjligt övergå till eftervård på hemorten nära anhöriga. Då åker en skötare från hälsocentralen till centralsjukhuset för att lära sig t.ex. att använda en perfusionspump, som doserar smärtstillande medicin till epiduralområdet. Så kan patienten tryggt överföras till Himanka, även om vården inte typiskt hör till hälsocentralvård.

Flexibilitet och solidaritet med gemensamma avtal

Vårdavdelningens personal har varierande arbetsbeskrivningar. Under veckosluten erbjuds vård även till patienter som kommer in via jouten. På vårdavdelningen ges också ljus- och astmavård, vilket minskar antalet poliklinikbesök på centralsjukhuset. Vårdavdelningens service säljs också till grannkommunen Lochteå, om belastningen på vårdavdelningen tillåter det.

Att läkarsituationen blivit sämre har påverkat även skötarnas arbete och medfört ändringar av arbetsskift. För att man kan under en fortgående ändring fungera på ett rättvist sätt, behöver man gemensamma avtal för vissa ändamål. För semestrarna följer man rotationsprincipen som bestämmer tidpunkten för sommarledigt. Så vet man tidpunkten för sin semester för flera år framåt.

- Det hör till gott ledande att man håller fast vid principerna. De olika arbetstagargrupperna kan förstås sinsemellan byta tidpunkterna för sina semestrar, berättar Anne Kurikkala.

- De gemensamt överenskomna principerna möjliggör även flexibilitet, och man kan ta hänsyn till arbetstagarnas olika livssituationer. Man kan t.ex. skräddarsy arbetsbeskrivningen för en arbetstagar efter en lång sjukledighet. Om någon tillfälligt inte kan arbeta på natten, tar de andra gemensamt ansvar för nattskiftet.

Bild 2.

Företagsvårdare Greta Tuikka, avdelningsskötare Anne Kurikkala och ledaren av åldringsarbete Aila Havunen tänker ta ett dopp.



Programmet för välbefinnande i arbetet medförde klara verksamhetsätt i Kangasniemi

I Kangasniemi kommun i Södra Savolax har man tagit i bruk ett program för välbefinnande i arbetet. Kommunfullmäktige godkände programmet på våren 2006. Man hade börjat planera programmet ett halvt år tidigare. Kommunens arbetsgrupp för välbefinnande i arbetet och alla chefer bearbetade programmet i arbetsgrupper, där man poängsätte olika mål. De följande målen ansågs vara viktigast: att acceptera olikheter och respektera andra, gemensamt godkända spelregler, möjlighet att utveckla sig och sitt arbete, jämn arbetsbelastning, samt öppet, entusiastiskt samarbete

- Vi behövde ett medel med vilket arbetsgemenskapens ärenden kan behandlas på den nivå där de i första hand skall behandlas, dvs. i den egna organisationen. Vi ville inte bara ingripa i problem utan sökte förbättringar genom mål och delmål, berättar byråchef Irmeli Suuronen.

- Jag kom i kommunens tjänst som en ny arbetstagarare på hösten 2004, och jag kommer ihåg hur mycket jag längtade efter något konkret arbetsredskap som kunde hjälpa mig att komma in i systemet. Programmet för välbefinnande i arbetet blev ett gott hjälpmedel. Genom programmet var överordnade och arbetstagararna färdiga att binda sig vid vissa principer, berättar ledande skötare Niina Kaukonen.

Kangasniemis program för välbefinnande i arbetet har sammankopplats med kommunens balanced score card -tänkande, och programmet revideras årligen. Kommunens arbetsgrupp för hälsofrämjande på arbetsplatsen har svarat för uppföljningen av programmet, men avsikten är att ytterligare effektivisera bedömningen och uppföljningen på den officiella bedömningsgruppens möten.

Programmet för välbefinnande i arbetet har gjort verksamheten klarare. Det har blivit lättare att ge anvisningar till en stor grupp, när man har fått en gemensam verksamhetsmodell. Det är lättare att i ett tidigt skede ingripa i problem, när kommunens alla arbetsgemenskaper utnyttjar samma modell.

- Hos oss på vårdsektorn har vi lyckats att utnyttja programmet för välbefinnande i arbetet även på gräsrotsnivån, i det praktiska arbetet. Programmet hålls till påseende för alla medlemmar i arbetsgemenskapen, och frågorna behandlas alltid enligt programmet. Det är lättare att ta upp arbetsgemenskapens problem då chefen enligt modellen till och med är skyldig att göra det, säger Niina Kaukonen.

Framåt med små steg

Det är långtidsverksamhet att utveckla välbefinnandet i arbete. Målet för programmet är att väcka kommunarbetstagararnas egen motivation för personlig utveckling. Man har mer än förr fäst uppmärksamhet vid utbildningsmöjligheterna. Utbildningen är planmässig och målmedveten, och den skall ansluta sig till personens fackliga utveckling samt ge nytta för hela arbetsgemenskapen.

- Våra erfarenheter har i regel varit positiva. Vi har märkt att det lönar sig att särskilt satsa på personalen. Nu har vi samlat in en bra helhet av olika åtgärder för intern utveckling. Ävenom resurserna är små har en del av dem riktats till att öka välbefinnandet i arbete, och troligen har vi inte helt gått åt skogen. Dessa faktorer har sin egen påverkan till exempel när vi rekryterar nya anställda: de stöder kommunens positiva image för sin del, säger grundtrygghetschef Markku Tuunainen.

Programmet för välbefinnande i arbetet har framskridit steg för steg, och det har inte alltid varit lätt.

- Det tar tid att ta i bruk ett sådant här program. Gruppen för hälsofrämjande på arbetsplatsen förlorade nästan sin tro ett tag, och man har också haft problem under projektet. Genom kommunstyrelsens och kommunfullmäktiges godkännande fick vi ändå programmet i gång, och nu fortskrider den lugnare.

- Genom programmet kunde man genomföra den jämställdhetsplan som redan länge har varit aktuell. Verksamhetsreglerna förnyades och man tog i bruk spelreglerna för tjänstledigheter. Avsikten är att uppdatera utvecklingsdiskussionerna. Också en modell för tidig omtanke är under utveckling.

Även om man redan har åstadkommit mycket, finns det fortfarande mycket att göra med ärenden som ansluter sig till välbefinnande i arbetet.

- Förmågan till växelverkan samt förmågan att vara underordnad är föremål för vidare utveckling. Man måste öva att ge och ta emot gensvar och att leda sig själv.

- Man har satsat mycket på det här, och hela tiden är vi färdiga att ta emot nya idéer.

Bild 3. Primärskötare Mirja Friman och närvårdare Satu Hurskainen arbetar på Kangasniemi ålderdomshem. När programmet för välbefinnande i arbetet nu är på gång, vet också arbetstagarna hur behandlingen av ärenden går vidare.



3.5 Manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar

3.5.1 Lagstiftningens krav

Konstruktionerna på arbetsplatser och de arbetsredskap som används ska väljas, dimensioneras och placeras på ett ergonomiskt ändamålsenligt sätt med beaktande av arbetets art och arbetstagarens förutsättningar. Detta är inte alltid möjligt och då måste arbetssäkerheten garanteras på något annat sätt. Arbetsplatserna och arbetsredskapen omfattar exempelvis maskiner, verktyg, anordningar, inventarier, apparater och andra tillbehör. Med ergonomiskt rätt valda, installerade och använda arbetsredskap förebyggs framför allt skadlig belastning på stöd- och rörelseorganen och muskuloskeletala sjukdomar.

Arbetet skall vid behov underlättas med hjälpmedel. Tunga lyft och förflyttningar som måste utföras manuellt ska underlättas med hjälpmedel så att lyftarbetet kan utföras så tryggt som möjligt. Arbetsgivaren ska också se till att användningen av lyftanordningar inte orsakar olägenheter eller risker för arbetstagarens hälsa och säkerhet. När hjälpmedel används för att lyfta t.ex. patienter ska man beakta inte bara hjälpmedlets användningsegenskaper och säkerhet utan även t.ex. lyft- och förflyttningsutrymmets dimensionering, hjälpmedlets lämplighet för lyft och användarnas kunnande.

3.5.2 Problemen

Förflyttningen av patienter beror på antalet patienter och deras vårdbehov. Antalet förflyttningar bestäms också efter utrymmenas lämplighet och möjligheten att använda hjälpmedel. Såsom ovan framgått har antalet patienter ökat utan att utrymmena skulle ha blivit större. Därför har antalet förflyttningar vuxit och som följd har arbetet i en del fall blivit tyngre.

På grund av de begränsade personalresurserna är det inte alltid möjligt att få en medarbetare att hjälpa till att lyfta en patient. Även arbetsmiljöfaktorer, såsom hetta på sommartiden, ökar belastningen i förflyttningsarbetet. I sjukhusarbetet har antalet arbetstagare med nedsatt funktionsförmåga ökat. Deras deltagande i lyftarbetet är begränsat på grund av fysiska orsaker.

Alla arbetstagare vill inte använda hjälpmedel även om sådana vore till buds. Alla har inte heller fått utbildning i ergonomi vid patientförflyttningar. Den självuppskattade kunskapsnivån i förflyttningar har knappast stigit. Det ökade hemvårdsarbetet har också ökat de ergonomiska problemen med förflyttningsarbetet.

Rörelseorganens sjukdomar medför många besök på företagshälsovården. De också orsakar ökad pensionering på grund av arbetsförmåga.

3.5.3 Åtgärderna

På arbetsplatser står allt flera hjälpmedel för förflyttning till buds, även om trånga och oändamålsenliga arbetsutrymmen gör det svårt att använda dem. Det finns undervisning i patientförflyttningsergonomi på nästan alla arbetsplatser. Trots dessa viktiga åtgärder har det kommit fram att arbetsplatsutredningarna har varit bristfälliga. Så har man fäst särskild uppmärksamhet vid att de bör förbättras och granskas efteråt. Företagshälsovårdens anvisningar har ofta varit av allmän natur. Å andra sidan måste man märka att mycket kunnskap och sakkännedom från de riksomfattande projekten på 1990-talet har överlevt för att användas i vårdanstalterna.

Man har satsat på sjukhusinventarierna. Man försöker till exempel ersätta vårsängarna med eldrivna sängar i takt med att de ekonomiska resurserna gör det möjligt. Arbetsmodeller och vårdanordningar som används på undervisningssjukhus blir allt vanligare även på andra arbetsplatser inom hälsovården i och med att nya arbetstagare med modern utbildning rekryteras på sjukhus.

Företagshälsovården har fått bättre möjligheter att utvärdera risker och hjälpa enskilda arbetstagare då antalet arbetsfysioterapeuter och sakkunnskapen på området har vuxit.

3.5.4 Ändringarna under projektet

På arbetsplatserna har man bättre färdigheter än tidigare att utvärdera arbetsmetoderna och avstå från felaktiga och otidsenliga arbetssätt. Företagshälsovårdspersonalens sakkunnskap har också tydligt stigit. Man har satsat på att reparera byggnadernas brister, men det har inte alltid varit möjligt att t.ex. bygga upp lämpliga toaletter

i det existerande utrymmet. Hjälpmedel för arbetet har anskaffats och bl.a. kranar har monterats i taken i samband med reoveringen. När användningen av hjälpmedel har beaktats vid planeringen av utrymmena, har det blivit det lättare att lyfta och förflytta patienter.

Utbildningen i förflyttningsergonomin har ökat på alla arbetsenheter. Likaså har arbetsplatsutredningarnas nivå förhöjts. Det tycks fortfarande finnas stora problem med förflyttningarna men man har börjat hantera dem både på systemnivån och arbetstagarnivån.

3.5.5 Framtidsutsikter

Mängden av förflyttningar i hälsovårdsarbetet håller inte på att minska. Ett tidsenligt register över utbildningen i patientförflyttningstekniker kunde skapa klarhet i den oenhetliga utbildningen. Det kunde också göra det lättare att avstå från gamla och bristfälliga metoder. Det skulle också underlätta tillsynsmyndigheternas arbete då de utvärderar arbetsplatsutredningarnas bedömningar av problem och de åtgärder som företagshälsovården har föreslagit.

På arbetsplatserna bör man fästa större uppmärksamhet vid rätta arbetsmetoder och rätt användning av arbetsredskap samt ingripa alltid när anvisningarna inte följs och felaktiga arbetsmetoder används. Vårdpersonalen själv uppskattar att de är mycket kunniga men sakkunniga är av olika åsikt när det gäller lyft och förflyttningar. Man överväger inledningen av ett s.k. patient-hanteringskort, som skulle vara ett bevis på att personen har genomgått utbildningen i lyft och förflyttningar.

Arbetsfysioterapeuters och särskilda utbildningsansvarigas sakkunighet kunde utnyttjas i större omfattning än i dag i undervisningen av förflyttningsergonomin. Undervisningen bör också upprepas oftare än nuförtiden. Systematisk uppföljning av förflyttningsteknikerna bör tas som ett särskilt avsnitt med i företagshälsovårdens verksamhetsplaner. Uppföljningen kunde gälla förflyttningsfrekvensen under arbetsskiftet, patienternas vårdbehov, iakttagna förflyttningstekniker och rätt användning av hjälpmedel. Den uppföljningsansvariga kunde vara den närmaste förmannen, förflyttningsutbildare, företagshälsovårdens fysioterapeut e.dyl. Myndigheterna kunde fästa särskild uppmärksamhet vid frågan när de granskar arbetsplatsutredningar.

Arbetskyddsinspektörerna tycker att man bättre bör kontrollera undervisningens kvalitet och innehåll i läroanstalterna samt fästa uppmärksamhet vid de utexaminerades kunskaper.

I Satakunda sjukvårdsdistrikt behärskar man förflyttningen av patienter

I Satakunda sjukvårdsdistrikt började man på våren 2006 använda fyra olika modeller för arbetskyddet. Avsikten med dem var att hjälpa personalen att orka i arbetet och förbättra deras välbefinnande.

Impulsen till att utveckla modeller för arbetskyddet kom från lagen om tillsynen över arbetskyddet och från arbetskyddstillsynsprojektet inom hälsovården. Inkörningen av modellerna i praktiken pågår ännu, men alla modeller är dock redan i bruk i någon form.

En av modellerna behandlar förflyttningar och lyft av patienter. Utbildningen i förflyttning av patienter har i Satakunda centralsjukhus arrangerats redan tidigare men nu är den mer planmässig och systematisk.

- Målet är att alla avdelningar arrangerar utbildning vart tredje år, berättar arbetsfysioterapeuten Kati Haula. Å andra sidan borde nya arbetstagare få ett slags non-stop utbildning i samband med inskolningen i arbetet. De utexaminerade vårdarnas kunnighet i patientlyft och -förflyttning kan vara bristfällig, för studierna är mycket teoretiska och de praktiska arbetsmetoderna lär man sig på jobbet. I hälsovårdsläroanstalterna kan man t.o.m. lära ut ergonomiskt orätta tekniker och lärarna har inte alltid den senaste kunskapen om patientförflyttningen.

- Det finns ett stort behov att lära ut riktiga tekniker om patientförflyttning, för sjukvårdarnas arbete blir allt mer ansträngande då patienterna mår allt sämre och har allt mer övervikt. Belastningen är naturligt störst på avdelningar där patienterna har den sämsta hälsan.

- Utbildningen är indelad i två steg: först har man en två timmars teoretisk del, senare deltar man i en entimmes repetitions- och praktikdel. Utbildningen startar på gräsrotsnivån. Det allra viktigaste är kroppskontrollen: att använda benen och viktförflyttningen i stället för att man använder den övre delen av kroppen och ännu i vriden ställning, poängterar Kati Haula.

Pilotavdelningen A6: bara gott att säga

Centralsjukhusets inremedicinska avdelning A6 har varit patientförflyttningsprojektets pilotavdelning. Tidigare hade avdelningen en person med ansvar för patientförflyttningarna men personen kunde inte ensam ta hand om alla arbetstagarnas arbetsmetoder. I och med patientförflyttningutbildningen har hela avdelningen fått lära sig de rätta teknikerna.

- Utbildningen behövdes verkligen och den har varit mycket motiverande för personalen. Utbildningen har väckt oss till att märka hur skenbart små saker kan ha stora följder, berättar två deltagare, avdelningsskötaren Eija Koivisto och sjukvårdaren Leena Jokinen-Anttila.

- Utbildningen har höjt ansvarsmedvetenheten för ens egen och arbetskamratens hälsa och man vågar lättare än tidigare be om hjälp. Hela avdelningen har gett ett klart positivt gensvar på utbildningen.

Enligt Kati Haula var det lätt att "marknadsföra" patientförflyttningsutbildningen för avdelningen A6. Atmosfären på avdelningen var god och så fanns där också en god jordmån för utbildningen.

- I det hektiska sjukhusarbetet kan de riktiga arbetsmetoderna lätt glömmas, men man försöker påminna sig om utbildningens lärdomar i det praktiska arbetet. Jag personligen blev skrämmd för mina ischiasbesvär, därefter började jag fundera om mina arbetsätt var hälsosamma, berättar Leena Jokinen-Anttila.

- Man använder hjälpmedel oftare nu och i allmänhet ett draglakan när man för patienten till dusch. Även patienterna ställer sig positivt till hjälpmedel, många använder hjälpmedel också hemma.

Ergonomi även i arbetstider

Utöver de rätta förflyttningsteknikerna förbättras sjukvårdarnas välbefinnande genom att tillämpa ergonomiska arbetstider i Satakunda sjukvårdsdistrikt. De har varit i bruk i två år på en avdelning.

- Ergonomiska arbetstider betyder att arbetsskiften cirkulerar framåt. Efter morgonskiftet kommer ett kvällsskift och efter kvällsskiftet ett nattskift. Varje skift tas några gånger i följd. I den traditionella kvälls-morgon-systemet kan det verka som om det vore mer fritid men framåt cirkulerande arbetsskift är fysiologiskt naturligare för människan. På försöksavdelningen har man märkt att det nya systemet är bättre och hjälper personalen att orka i arbetet, säger översköterskan Kirsti Siikarla.

Avsikten är att genom ergonomiska arbetstider komma till en arbetstidsautonomi där arbetstagarna själva planerar sina arbetsskift, naturligtvis inom angivna gränser.

- På detta sätt kan man till och med spara arbetstid. I det traditionella systemet planerar någon först arbetsskiften, därefter kommer klagomålen och ändringar. Då arbetstagarna själva planerar sina arbetsskift, kan man ta önskemål i beaktande och förhandla samtidigt.

Bild 4. Sjukvårdaren Leena Jokinen-Anttila visar hur man lyfter patienten på rätt sätt. "Patienten" är avdelningssköterskan Eija Koivisto.



3.6 Arbetarskyddsinspektörernas bedömning av helhetsläget

Under projektet utvärderade arbetarskyddsinspektörerna helhetsläget vad gäller de ovan anförda aspekterna. Personalen uppdelades i läkare, vårdpersonal, vårdpersonal ingående i förmännen på mellannivån och andra personer.

Arbetarskyddsinspektörerna bedömde att skadlig psykisk belastning var den viktigaste olägenheten. Den största belastningen upplevs av vårdpersonalen och förmännen på mellannivån. Den psykiska belastningen bland läkarna bedömdes orsaka klart skadliga påverkningar.

Enligt inspektörernas uppskattningar orsakar manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar också betydande skadeverkningar för vårdpersonalen.

Både läkarna och vårdpersonalen upplever kundvåldet och hotet om våld som skadligt. Arbetarskyddsinspektörerna uppskattar att hotet om våld har tydliga skadeverkningar på arbetstagarnas säkerhet och hälsa.

Figur 3. Utvärdering av helhetsläget

	Hot om kundvåld	Skadlig psykisk belastning	Trakasserier och osakligt bemötande	Manuellt utförda tunga lyft och förflyttningar
Läkare				
Vårdpersonal				
- Vårdpersonal ingående i förmännen på mellannivån				
Övriga				

- Orsakar ingen skada eller risk för hälsan eller säkerheten
- Lindriga skadeverkningar
- Uppenbara skadeverkningar
- Betydande skadeverkningar
- Mycket stora skadeverkningar

3.7 Företagshälsovården

Ett typiskt drag under projektet har varit företagshälsovårdsenheternas organisering i större helheter. Dessa ändringar har åtminstone tillfälligt påverkat företagshälsovårdens dagliga arbete. Samtidigt har man fått mera nödvändiga arbetsfysioterapeuts- och arbetspsykologstjänster.

Stora privata företagshälsovårdsenheter har resurser att erbjuda mer planmässig service, såsom utredningar av belastning samt utredningar i fråga om äldre arbetstagare och bedömning av arbetsförmågan. Samtidigt vet vårdarna i små kommunala företagshälsovårdsenheter inte vad de bör göra när arbetsplatsen ber om hjälp i belastningsfrågor. Enheten kan t.o.m. sakna läkaren eller läkartjänsterna köps från en utomstående service och det kan vara täta byten på läkarposten.

Företagshälsovårdens verksamhet har inte förbättrats på alla arbetsplatser. Arbetsplatsutredningar saknas helt och hållet eller det

fanns luckor i dem. Det finns få utvärderingar av skadlig psykisk belastning och analyser av förflyttningsergonomin, i stället rekommenderas anskaffning av hjälpmedel. Hälsokontrollerna utförs i varierande omfattning i landets olika delar.

Tjänsterna i privatägda företagshälsovårdsenheter tenderar koncentrera sig på sjukvården, medan de kommunala enheterna alltid ska beakta de kommunala beslutsfattarnas önskemål i sina förbättringsförslag.

Samordnad företagshälsovård ger mer jämlikhet

Förändringens vindar har blåst i företagshälsovården i Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt. Företagshälsovårdens organisation har planerats om från och med början av år 2008. Företagshälsovårdens olika verksamhetsformer förenas och framför allt samordnas. Avsikten är att erbjuda lika god service för arbetstagarna på olika arbetsplatser.

- Den gamla praxisen var oklar. Många enheter gjorde sina egna verksamhetsplaner och beställde företagshälsovårdstjänster från olika leverantörer. Det var inte klokt. I den nya modellen koordinerar en gemensam, centrerad företagshälsovård utarbetandet av avtalen för hela sjukvårdsdistriktet och ser till att företagshälsovårdstjänsterna är likvärdiga för alla arbetstagare i distriktet, berättar läkaren Arto Haukijärvi på Åbo universitetscentralsjukhus. Han är ansvarig för företagshälsovården och har planerat reformen.

Utöver ÅUCS stamsjukhus och de enskilda resultatenheterna omfattar Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt sjukhusen i Nystad, Salo, Loimaa och Åboland. Tidigare utarbetade de olika enheterna sina egna verksamhetsplaner för företagshälsovården, men i den nya modellen klarar man sig med en verksamhetsplan.

Impulsen till reformen gav inspektör Ulla Tuominen på Åbo och Björneborgs arbetarskyddsdistrikt. Varför syssla med samma saker på många ställen samtidigt, då arbetsgivaren är densamma? frågade Ulla Tuominen. Man hade tänkt på saken tidigare men i och med arbetarskyddstillsynsprojektet inom hälsovården startade planeringen av den nya modellen på allvar. Arto Haukijärvi tackar också sjukvårdsdistriktets ledning för att reformen avancerade så snabbt.

- Aki Linden, direktören för Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt, kallade mig i början av februari 2007 till ledningsgruppen för att presentera modellen. Samtidigt tillsattes en delegation för företagshälsovården, vars uppgift är att samordna verksamhetskulturen, linjera upp företagshälsovårdens resurser och prioriteter, utveckla verksamhetsplanen samt följa upp företagshälsovårdens kvalitet och effektivitet, berättar Arto Haukijärvi.

Stora förväntningar

Den ledande tanken i företagshälsovårdsreformen har varit en verksamhet i linje med Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikts strategi: målet är en kunnig och välmående personal.

- Man förväntar sig mycket av oss nu. I början var de små enheterna rädda för att ÅUCS drar till sig allt, men rädslan var grundlös. Företagshälsovårdstjänsterna erbjuds också i fortsättningen nära arbetsplatserna. Till exempel arbetsfysioterapeut- och arbetspsykologtjänster har hittills inte varit tillgängliga på alla verksamhetsställen men nu försöker man rätta till saken.

Bland de stora sjukvårdsdistrikten har HNS, Birkalands sjukvårdsdistrikt och Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt en samordnad företagshälsovård.

- Storleken är inte ett självändamål men utan undantag är en gemensam modell den vettigaste lösningen med tanke på ekonomin, och därigenom får man den bästa möjliga synergifördelen. Dessa frågor kan man inte lösa genom att enbart öka antalet personal utan man måste också se till att man sköter saker på rätt sätt. Vi får säkert bättre resultat och en större nytta redan utan resursökningar, tror Haukijärvi.

Arbetarskyddssamarbetet blev tydligare

På ÅUCS har man under de senaste åren också fäst uppmärksamhet vid arbetarskyddssamarbetet. Sjukhuset fick en heltidsanställd arbetarskyddschef år 2001 och har två heltidsanställda arbetarskyddsfullmäktige. Arbetsplatsutredningarna utförs i dag enligt en ny betydligt lättare modell.

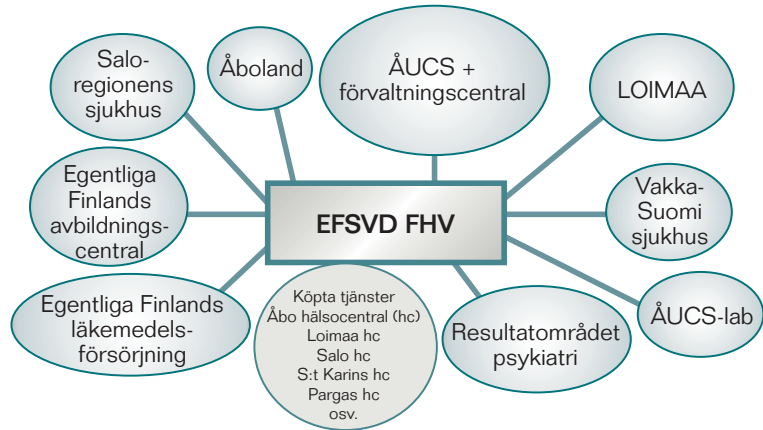
- Våra arbetsplatsutredningar var tidigare mycket grundliga men alltför tungrodda. Man borde utarbeta utredningar med fem års mellanrum, men de var delvis föråldrade, för det skulle ha tagit ett kvartsekel att gå igenom alla 250 arbetsplatser.

Arbetarskydds- och företagshälsovårdspersonalens samarbete har blivit effektivare. Samarbetet har syftat till att bedöma arbetsplatsens behov, planera verksamheten, åstadkomma resultat samt följa upp, evaluera och ständigt förbättra kvaliteten.

- Man har till exempel börjat utföra reguljära hälsokontroller av nattarbetare, eftersom enligt dagens tolkning nattarbete anses innebära en särskild hälsorisk.

Figur 4.

I Egentliga Finlands nya enhetliga företagshälsovård koordinerar företagshälsovården som hör till förvaltningscentralen de avtal som ingås mellan de olika parterna.



4. SAMMANFATTNING

Arbetarskyddet inom hälsovården har under projektet ändrats tydligt till det bättre. Många sidor i arbetsförhållandena, arbets säkerheten och företagshälsovården har förbättrats. Man kan anse att åtminstone två omständigheter har betydligt medverkat till den positiva utvecklingen. Arbetarskyddslagsreformen, som trädde i kraft år 2003, förutsätter att arbetsgivarna ännu tydligare tar ansvar för säkerheten på arbetsplatser och omfattar ett krav på en mer omfattande kontroll över säkerheten än tidigare. När reformen förenas med en riksomfattande effektiv tillsyn, som leds och koordineras enhetligt i hela landet, har detta också medverkat till de positiva ändringarna på arbetsplatserna.

Ändringen i tillsynslagen år 2006 har bidragit till projektets resultat på många sätt. Målet med ändringen var att göra tillsynen tydligare och arbetsplatsinspektionerna effektivare. Lagen ger inspektörerna större möjligheter att påverka arbetsplatserna under arbetsplatsinspektioner. Lagen har medverkat till förbättringarna på arbetsplatser, både i de fysiska arbetsförhållandena och arbetarskyddets kontrollsystem.

Det var nyttigt att klargöra utgångspunkterna och målen för arbetsgivarorganisationerna och samarbetet vid projektets inledning var fruktbart. Budet till toppledningen och politiska beslutsfattare gick väl fram, vilket hjälper till att genomföra det strategiska målet på lång sikt. Samarbetet och informationen med arbetstagarorganisationerna har varit aktivt och viktigt för projektets genomförande.

Arbetarskyddsverksamheten har förbättrats på allmän nivå. Toppledningen förstår ännu bättre sitt eget ansvar för personalens välbefinnande och inser sina möjligheter att påverka. Linjeledningens verksamhet i arbetarskyddsfrågor har utvecklats till det bättre. Ofta verkar de arbetarskyddssakkunniga på arbetsplatser som ombudsmän eller fullmäktige vid sidan om eget arbete, varvid de naturligtvis har begränsade möjligheter att arbeta för ett bättre arbetarskydd.

På arbetsplatserna har man genomfört många förnyelser för att förebygga kundvåld och hot om våld. Först och främst förstår man nu hotet om våld bättre än före projektet och försöker förbereda sig för det. Passagekontrollen har utvecklats under projektet. Vid arrangemang av utrymmena tar man hänsyn till våldsfrågorna och anlitar säkerhetsmän mer än tidigare. Samarbetet mellan olika yrkesgrupper för att förebygga våld och hotet om våld har blivit bättre.

Å andra sidan är problemet fortfarande allvarligt på grund av det ökande missbruket av narkotika och det störande uppförandet bland klientelen. Hanteringen och registreringen av våldssituationer samt en låg tröskel för ingripande är omständigheter som ska utvecklas.

För att avlägsna trakasserier och osakligt bemötande har man skapat verksamhetsmodeller och utarbetat anvisningar för hanteringen av frågan. Problemet förstås allt bättre på arbetsplatserna och man har bättre färdigheter att hantera problemsituationer. Arbetstagarnas och förmännens kunnighet att identifiera problemet på arbetsplatsen och kännedomen om hur man ska handla har ökat deras tillfredsställelse i arbetet.

Skadlig psykisk belastning blir en allt viktigare arbetarskyddsfråga i framtiden då man tänker på de sparsamma resurserna. Förståelsen för problemet är bättre men å andra sidan har man ännu nedvärderande attityder som till och med ger individen skuld känslor. Man har bättre färdigheter att planera arbetsbelastningen men det finns ännu mycket att förbättra i attityderna till skadlig psykisk belastning.

Tekniska lösningar och hjälpmedel har varit till hjälp vid att göra tunga manuella lyft lättare. Tunga lyft och förflyttningar hör till vårdarbetet och kan inte helt undvikas. Den rätta utbildningen är i nyckelposition och lika viktigt är ständig teknisk utveckling, men i hanteringen av problemen är det väsentligt att också ständigt kontrollera användningen av hjälpmedel och de rätta lyftmetoderna.

En inspektörs observationer om arbetarskyddet inom hälsovården under årens lopp

Jag inledde min arbetskarriär som en piga hos kommunläkaren år 1959. Fyra årtiondens erfarenhet av hälsovårdens fältarbete har väckt tankar om arbetarskyddets utveckling i branschen.

Redan på 1960-talet var arbetet inom hälsovården häktiskt och belastande. Även våldsamt beteende förekom: en patient hade kommit till mottagningen med en skära och en annan med en yxa. Kontrollsystemen var litet annorlunda än nu, man bara sprang sin väg.

På 1970-talet byggde man nya hälsocentraler. Man började fästa uppmärksamhet vid planeringen och ergonomin, men de var fortfarande bristfälliga. Lokalerna var trånga och utrymmena hade dålig ventilation. Då började man också få sådana sängar som man kunde lyfta och sänka med en mekanism på båda gavlarna. Även geriatriska stolar kom till bruk. De var bra för patienterna, men stolarnas modell gjorde dem besvärliga för personalen och arbetstagarnas olycksfallsrisk var stor.

Generellt rådde det stor brist på personal på 1970-talet. Vårdpersonalen kunde först jobba i morgonskiftet, och om det inte kom tillräckligt med personal till kvällsskiftet fick man fortsätta arbeta till sena kvällen, ibland till nästa morgon. Två skift på varandra jobbade man ofta. Idag hör man om likadana situationer.

På 1970- och 1980-talet var jag arbetarskyddsfullmäktig och huvudförtroendeman. Ytterligare medverkade jag politiskt och som beslutsfattare på nämndnivån. Samma saker som nu var aktuella även då: pengarna, bristen på personal, attityderna och de olika variationerna i ledarförmågan. Då brukade man knappt lyssna på arbetstagarna, fastän man nog tänkte på dessa frågor så att alla säkerhetsmoment skulle ha uppfyllts. Vår stads arbetarskyddsorganisation hade grundats 1975. Verksamheten var aktiv. Man ordnade utbildning och besök på arbetsplatser. På 1970-talet gjorde man gott samarbete med företagshälsovården, och läkaren var intresserad av personalens välbefinnande.

Under en tid på 1980-talet hade man tillräckligt med personal. Det uppstod inga större problem. Det fanns redan tecken på mobbning eller trakasserier som lagstiftningen i dag talar om, och orsaken torde ha varit att man tävlade om arbetsplatser. Man började känna igen belastningsfaktorer, och redan i slutet av 1970-talet började man till exempel idka pausgymnastik. Man försökte underlätta psykisk belastning genom gemensamma rekreationsdagar och strävade efter att diskutera problem mer öppet. Fortfarande hade man stora problem med ergonomin, och det ordnades knappt någon utbildning för lyft och förflyttningar. Dels berodde detta på att sköterskorna tyckte sig vara så väl utbildade att de inte behövde lära sig mer. Det fanns knappt några lyftredskap, men draglakan och bälten hade vid nog och goda badvagnar. Förekomsten av våldsamt beteende ökade tydligt i 1980-talets början, men då ville man inte ännu erkänna det. Man tänkte att våldet liksom hör till yrket.

På 1990-talet började jag betrakta hälsovården från en arbetarskyddsinspektörs synvinkel. Genast i början av årtiondet började den ekonomiska nedgången och man måste spara överallt. Man anställde inga vikarier för korta frånvaroperioder, gjorde inga anskaffningar, det fanns inga anslag för reparationer och knappt några pengar för utbildning. Då var personalen inom hälsoväsendet mycket tyst, eftersom det hade understrukits för alla vad depressionen betydde: man inte hade pengar. Arbetstagarna arbetade mer än de orkade. Det uppstod emellertid inte konflikter och inte särskilt mycket sjukfrånvaro. Man kunde ändå märka depressionens följder då man genomförde arbetarskyddsinspektioner. Lokalerna började förfalla liksom även personalen.

I mitten av 1990-talet ledde social- och hälsovårdsministeriet ett riksomfattande projekt HOIVA-HOITO för vårdbranschen. Dess slutrapport visade att utvecklingen av ergonomi fick fart: man skaffade sig hjälpmedel, förbättrade utbildningsscheman, och de första fysioterapeuterna blev anställda vid kommunernas företagshälsovård.

På ett litet komiskt sätt fick jag ett exempel på hur man lyssnar till och hör på personalen. Som arbetarskyddsfullmäktig hade jag i början av 1980-talet till hälsoväsendets förmån föreslagit vissa ärenden som skulle korrigeras. Det hände ändå ingenting. När jag sedan lade fram de samma förslagen som arbetarskyddsinspektör, började man genast rätta till problemen. Det var likadant överallt i kommunerna.

Idag ökar sjukfrånvaron hela tiden bland personalen inom hälsovården, och ökningen är ännu fortare inom socialväsendet. Sjukdomarna i stöd- och rörelseorgan orsakar övergång till pension i någon mån, men tråkigast är att utbrändhet och mentala problem har blivit allmänna. Nu har man ändå relativt bra hjälpmedel, kan delta i utbildning, utarbetar verksamhetsscheman, är medveten om att det förekommer våld, och försöker även förutse problem. Det att belastningsfaktorerna är svåra att bedöma leder ofta till att man inte bedömer dem alls. Lyckligtvis har organisationerna inom företagshälsovården inkluderat detta i sitt arbete.

*Ei ihminen mitään aivoilleen voi
ei ihminen mitään mukanaan kannan
ei ihminen lopustaan päättää voi
ei ihminen kaikkea toisille antaa.
On hyvä nyt matkaansa taivaltaa
on hyvä sitä huomista hakea
on hyvä eilinen unohtaa
kun ensin sen hiljaa tallentaa
on polku tuleva hunajan makea
kun toisille arvon antaa
omat eväänsä tyynesti kantaa.*

Arbetarskyddsinspektör *Anna-Liisa Ihalainen*

BILAGA

GRUNDERNA FÖR BEDÖMNING AV SITUATIONEN

100 poäng

Arbetarskyddsverksamheten är utmärkt. Den innehåller utvärderingen av den egna verksamheten och ett kraftigt utvecklingsmoment. Personalen känner säkerhetsfrågorna väl och följer överenskomna spelregler. Man tar aktivt initiativ och rapporterar aktivt om brister och tillbud.

75 poäng

Det finns brister i arbetarskyddsverksamheten. I verksamheten kan tydligt skiljas viljan att utveckla sig och utveckla verksamheten. Uppföljningen och rapporteringssystemen fungerar.

60 poäng

Säkerheten uppskattas men den lämnar utrymme för förbättringar. Säkerhetssystemen är inte tillräckligt utvecklade. Säkerhetstänkandet kan utvecklas.

50 poäng

Skyddsverksamheten uppfyller lagstiftningens krav. Det finns små brister i verksamheten och arbetsförhållandena. Planerna och målen har inte ännu genomförts i praktiken. Kontroll och uppföljning fungerar inte ordenligt. Utvecklingsverksamheten är på låg nivå.

40 poäng

Det finns klara brister i säkerheten. Lagstiftningens krav uppfylls bara delvis. Säkerhetstänkandet är underutvecklat. Säkerheten kunde förbättras på många sätt.

25 poäng

Det finns allvarliga brister och likgiltighet i verksamheten.

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

- 2008: 1 Yhteenveto työterveyshuollon erikoislääkärikoulutuksen rahoitusta koskevan lain vaikutuksista. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2510-6 (PDF)
- 2 Pandemic Influenza Preparedness. Joint Self-Assessment Report. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2516-8 (PDF)
- 3 Terveystenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti.
ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)
ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)
- 4 Miten potilasturvallisuutta edistetään? Kysely terveydenhuollon toimintayksiköille ja vanhainkodeille. (Vain verkossa)
ISBN 978-952-00-2519-9 (PDF)
- 5 Kansallisen terveydenhuollon hankkeen seurantaryhmän loppuraportti. Vuosien 2002–2007 toiminta. (Moniste)
ISBN 978-952-00-2531-1 (nid.)
ISBN 978-952-00-2532-8 (PDF)
- 6 Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuraportti.
Salme Kallinen-Kräkin (toim.).
ISBN 978-952-00-2535-9 (nid.)
ISBN 978-952-00-2536-6 (PDF)
- 7 Mikko Wennberg, Olli Oosi, Kaisa Alavuotunki, Sirpa Juutinen, Henrik Pekkala. Sosiaalialan kehittämishankkeen tavoitteiden saavuttamisen arviointi. Sosiaalialan kehittämishankkeen loppuarviointi. Osaraportti 2.
ISBN 978-952-00-2537-3 (nid.)
ISBN 978-952-00-2538-0 (PDF)
- 8 Slutrapport. Tillsynsprojekt för arbetarskyddet inom hälsovården.
ISBN 978-952-00-2539-7 (inh.)
ISBN 978-952-00-2540-3 (PDF)

