

Terveydenhuollon työsuojelun

valvontahankkeen loppuraportti



ISSN 1236-2115

ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.)

ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)

Taitto: AT-Julkaisutoimisto Oy

Paino: Yliopistopaino Oy, Helsinki 2008

Tiivistelmä

Terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen loppuraportti. Helsinki 2008. 55 s. (Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä, ISSN 1236-2115, 2008:3), ISBN 978-952-00-2517-5 (nid.), ISBN 978-952-00-2518-2 (PDF)

Sosiaali- ja terveysministeriö asetti valtakunnallisen hankkeen vuoksi 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

Sammandrag

Slutrapport. Tillsynsprojekt över arbetarskyddet inom hälsovården. Helsingfors, 2008. 55 s. (Social- och hälsovårdsministeriets rapporter, ISSN 1236-2115, 2008:3), ISBN 978-952-00-2517-5 (inh.), ISBN 978-952-00-2518-2 (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. Tung lyft och förflyttningar hör till vårdarbetet och man kan inte undvika dem.

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

Summary

Final report of the project on occupational safety and health in the health care sector. Helsinki 2008. 55 pages. (Reports of the Ministry of Social Affairs and Health, ISSN 1236-2115, 2008:3), ISBN 978-952-00-2517-5 (pb), ISBN 978-952-00-2518-2 (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

SISÄLLYS

ESIPUHE	7
1. JOHDANTO	9
1.1 Hankkeen tavoitteet	10
1.2 Toimintatapa hankkeessa	10
1.3 Työolojen yleisestä kehityksestä	13
1.4 Kansainvälinen toiminta terveydenhuollon työsuojelussa	14
2. TYÖSUOJELUN TILA TERVEYDENHUOLLOSSA	17
2.1 Todetut muutokset	17
2.2 Lainsäädännön tarkoituksen toteutuminen	20
2.3 Sairauspoissaolot	21
3. VALVONNAN TULOKSET	23
3.1 Tarkastukset	23
3.2 Asiakasväkivallan uhka	26
3.2.1 Lainsäädännön vaatimukset	26
3.2.2 Ongelmat	26
3.2.3 Toimenpiteet	27
3.2.4 Muutokset hankkeen aikana	27
3.2.5 Tulevaisuuden näkymiä	28
AVEKKI avuksi väkivallan hallintaan	29
3.3 Häirintä ja epäasiallinen kohtelu	31
3.3.1 Lainsäädännön vaatimukset	31
3.3.2 Ongelmat	32
3.3.3 Toimenpiteet	32
3.3.4 Muutokset hankkeen aikana	32
3.3.5 Tulevaisuuden näkymiä	32
Avoimuus, huumori ja yhteiset sopimukset avaimia työhyvinvointiin Himangalla	36
Työhyvinvointiohjelmalla jämäkkyyttä ja selkeyttä Kangasniemellä	38
3.4 Haitallinen henkinen kuormittuminen	33
3.4.1 Lainsäädännön vaatimukset	33
3.4.2 Ongelmat	33
3.4.3 Toimenpiteet	34
3.4.4 Muutokset hankkeen aikana	34
3.4.5 Tulevaisuuden näkymiä	35
3.5 Käsien tehtävät raskaat nostot ja siirrot	40
3.5.1 Lainsäädännön vaatimukset	40
3.5.2 Ongelmat	41
3.5.3 Toimenpiteet	41
3.5.4 Muutokset hankkeen aikana	42
3.5.5 Tulevaisuuden näkymiä	42
Satakunnan sairaanhoitopiirissä hallitaan potilassiirrot	43
3.6 Työsuojelutarkastajien arvio kokonaistilanteesta	45
3.7 Työterveyshuolto	46
Yhtenäistäminen tasapuolista työterveyshuoltoa	47
4. YHTEENVETO	50
Tarkastajan havaintoja terveydenhuollon työsuojelusta vuosien varrelta ...	51
LIITE	54

ESIPUHE

Terveydenhuolto on erittäin tärkeä yhteiskunnallinen toimiala ja työolot siellä ovat olleet työsuojeluhallinnon erityisen kiinnostuksen kohteena jo jonkin aikaa. Saatuamme viestejä sekä omilta tarkastajiltamme, sidosryhmiltämme että suoraan työpaikoilta, päätimme asettaa valtakunnallisen valvontahankkeen, jossa tarkastettaisiin tehostetusti terveydenhuollon työpaikkoja.

Valvonnan kohteiksi nostimme asiakasväkivallan uhan, häirinnän ja epäasiallisen kohtelun, haitallisen henkisen kuormittumisen sekä käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot. Nyt voimme todeta, että valitut kohteet ja näiden asioiden aiheuttamat haitat terveydelle ja turvallisuudelle ovat keskeisiä tällä toimialalla.

Työsuojeluhallinto teki yhteistyöehdotuksen hankkeen käynnistämiseksi ja viestin perille saattamiseksi työnantajajärjestölle, joka sitten lähestyikin kunnallisia työnantajia omalla kiertokirjeellään. Tällä oli selvä myönteinen vaikutus hankkeen käynnistyksessä.

Hankkeen tulokset ovat hyvät. Työsuojelutoiminta, työsuojelun ongelmien hallinta ja erikseen valvotut asiat ovat kehittyneet selvästi parempaan suuntaan. Tähän ovat vaikuttaneet osaltaan työturvallisuuslain ja työsuojelun valvontalain uudistus kuin myös ne yli 1 600 työsuojelutarkastusta, joita työsuojelutarkastajat ovat hankkeen aikana työpaikoille tehneet. Julkinen terveydenhuolto on joutunut viime vuodet painiskelemaan niukkojen taloudellisten resurssien sekä työvoiman saannin ongelmien kanssa, joten valvontahankkeen tulokset tätäkin ajatellen ovat hyvät.

Jatkossakin tarvitaan terveydenhuoltoon kohdistuvaa työsuojeluvälvontaa, sillä asiathan eivät koskaan tule lopullisesti valmiiksi. Samoin jatkossa tarvitaan työpaikkojen omaa aktiivista otetta työsuojeluongelmien ratkaisemiseksi ja parempien, turvallisten ja terveellisten työolojen luomiseksi.

Mikko Hurmalainen
ylijohtaja
työsuojeluosasto

1. JOHDANTO

Työsuojeluvallonnassa ovat nousseet esiin terveydenhuoltoalan työsuojeluongelmat. Kun ministeriössä on analysoitu toimialoittain tuki- ja liikuntaelinsairauksiin ja henkiseen hyvinvointiin liittyvien työsuojeluongelmien esiintymistä, yhtenä toimialana on noussut esille terveydenhuolto. Samoin eri sidosryhmistä esitettiin ministeriölle viestejä siitä, että työsuojeluviranomaisten tulisi suunnata toimintaansa terveydenhuoltoalan työpaikoille. Myös työsuojeluhallinnon ylin johto piti asiaa tärkeänä.

Edellä mainituista seikoista johtuen sosiaali- ja terveysministeriö asetti työsuojelupiireille terveydenhuoltoalan työolosuhteita koskevia tulostavoitteita. Niissä 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.

Terveydenhuollon työsuojelun valvontahanke perustettiin vuoden 2004 alkupuolella. Asettamispäätös tehtiin 18.2.2004. Hankeryhmän puheenjohtajana toimi yli-insinööri Harri Halme sosiaali- ja terveysministeriöstä ja sihteerinä ylitarkastaja Airi Hietämäki Itä-Suomen työsuojelupiiristä. Hankeryhmän muut jäsenet olivat lääkintöneuvos Heikki Savolainen sosiaali- ja terveysministeriöstä, lääkintöneuvos Matti Lamberg sosiaali- ja terveysministeriöstä, työsuojelutarkastaja Anna-Liisa Ihalainen Hämeen työsuojelupiiristä, ylitarkastaja Anja Knuutila Vaasan työsuojelupiiristä, tarkastaja Paula Moilanen Uudenmaan työsuojelupiiristä, tarkastaja Tuija Rönnholm Keski-Suomen työsuojelupiiristä, tarkastaja Auli Tukiainen Kaakkois-Suomen työsuojelupiiristä, tarkastaja Ulla Tuominen Turun ja Porin työsuojelupiiristä sekä tarkastaja Jorma Ukkola Pohjois-Suomen työsuojelupiiristä. Jorma Ukkolan tilalle tuli 1.6.2007 alkaen tarkastaja Tuija Haikola Pohjois-Suomen työsuojelupiiristä.

Koska terveydenhuoltoalan työsuojeluongelmat ovat samat eri puolilla maata ja koska julkinen terveydenhuolto on koko maassa

organisoitu suunnilleen samalla tavalla, sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosasto katsoi tarkoituksenmukaiseksi asettaa valtakunnallisen hankkeen koordinoimaan työsuojelupiirien suorittamaa valvontaa.

1.1 Hankkeen tavoitteet

Hankkeen strategisena tavoitteena oli saada terveydenhuollon työpaikoilla työturvallisuuden ja työterveyden kehittäminen osaksi pitemmän aikavälin suunnittelua ja resursointia. Yhteistyössä kohdeorganisaatioiden kanssa haluttiin selvittää työturvallisuuteen ja työterveyteen liittyvät ongelmat ja saada aikaan tarvittavat parannustoimet.

Operatiivisena tavoitteena oli toteuttaa terveydenhuoltoalalle tehokas valvonta, jolla varmistetaan, että työpaikoilla on hallintamennettelyt työsuojeluongelmien ratkaisemiseksi.

Hankkeen tehtävänä oli toteuttaa valtakunnallisesti koordinoituna terveydenhuoltoon kohdistuva valvontahanke. Valvonnalla varmistettiin, että sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosaston ja työsuojelupiirien välisissä tulossopimuksissa sovitut painoalueet ja niihin liittyvät vaaratekijät on työpaikoilla tunnistettu ja niiden merkitys arvioitu ja että nämä asiat ovat hallinnassa. Terveydenhuollossa valvottavia painoalueita olivat asiakasväkivalta, häirintä ja epäasiallinen kohtelu, työn aiheuttama haitallinen henkinen kuormittuminen sekä käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot. Valvonnassa keskityttiin erityisesti näihin ongelmiin, vaikka luonnollisesti työpaikoilla esiintyy muitakin työsuojeluongelmia.

1.2 Toimintatapa hankkeessa

Hanke käynnistettiin tapaamalla syksyllä 2004 työnantajanjärjestön (Kunnallinen työmarkkinalaitos) johto, jolle hanke esiteltiin ja esitettiin toivomus yhteistyöstä. Kunnallinen työmarkkinalaitos lähetti sairaanhoitopiireille ja kunnille yleiskirjeen, jossa työntäjä kertoi hankkeesta ja toivoi yhteistyötä. Varsinainen tarkastustoiminta käynnistyi tämän jälkeen vuoden 2004 lopulla.

Hankkeen kohteina olivat Suomen 20 sairaanhoitopiiriä ja noin 260 terveyskeskusta. Suurimmassa sairaanhoitopiirissä työskentelee yli 20 000 työntekijää. Suurimmissa terveyskeskuksissa on satoja työntekijöitä, pienimmissä 10–20 työntekijää.

Valvontahanke aloitettiin isoimmista työnantajista eli sairaanhoitopiireistä. Sen jälkeen kohteiksi otettiin kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskukset.

Julkisessa terveydenhuollossa työskentelee yli 129 000 henkilöä tilastokeskuksen tietojen mukaan. Luku sisältää kaikki ammattiryhmät. Sairaanhoitopiirien henkilöstömäärä on lähes 69 000 työntekijää.

Työpaikkatarkastukset jaettiin kolmeen tasoon. Sairaanhoitopiireissä I-tason tarkastus oli samalla ensimmäinen tarkastus, jolloin tavattiin työpaikan ylin johto. Terveyskeskuksissa tavattiin terveystoimen vastaava johto. Tällöin esiteltiin hanke, sen tavoitteet ja pyrittiin saamaan aikaan sitoutumista kohteen linjaorganisaatiossa.

II-tason tarkastuksella arvioitiin hallintamenettelyjen olemassaoloa ja riittävyttä valvottavien asioiden suhteen. Tällöin kohteena oli joko tulosalue tai maantieteellinen kokonaisuus riippuen tarkastajan harkinnasta.

III-tason tarkastukset olivat työpisteisiin tehtäviä tarkastuksia, jolloin niissä arvioitiin II-tasolla kuvattujen hallintamenettelyjen toimivuutta käytännössä.

Kuvio 1. Tarkastusten tasot

Ylin johto	I-tason tarkastukset
Tulosalue	II-tason tarkastukset
Työpaikat, työpisteet	III-tason tarkastukset

Tarkastettujen asioiden luonne muuttuu tason mukaan suuremmista linjauksista yksittäisiin asioihin. Ylemmällä tasolla on kuvattuina periaatteet ja tehty asianmukaiset päätökset. Seuraavalla tasolla asiat on ohjeistettu, on sovittu perehdyttämisestä ja uusien työmenetelmien tai ohjeiden käyttöön otosta. Työpisteissä periaatteiden ja ohjeiden pitäisi näkyä käytännön toimintana.

Tarkoituksena oli painottaa kokonaisuutta sen sijaan, että tehtäisiin lukuisia pieniin kokonaisuuksiin keskittyviä työpaikkatarkastuksia. Terveysthuollon kuntayhtymiin ja terveyskeskuksiin tarkastukset tehtiin samoin periaattein kuin sairaanhoitopiireihin, mutta osassa kohteista niiden pienuudesta johtuen yksinkertaistettuna (I- ja II-taso yhdistettynä ja III-taso kuten sairaanhoitopiireissä).

Ensimmäisen tarkastuskäynnin yhteydessä tarkastuskohteesta tehtiin tilanekartoitus haastatteleamalla työpaikan työsuojeluasiantuntijoita. Arvio sisältää tarkastajan näkemyksen siitä, miten työnantaja on vastannut säädösten vaatimuksiin erityisesti hankkeessa valvottujen asioiden suhteen, mikä on työantajan lähtötilanne yleisesti ja miten työsuojelutoiminta on järjestetty. Arviossa ovat mukana myös sairauspoissaolojen määrät, tapaturmat ja työterveyshuollon käyntien määrät.

Lähtötilanteen kartoitus muodostui kolmesta osasta. Ensimmäisessä osiossa arvioitiin tilannetta säädösten sisällön näkökulmasta. Toisessa osiossa oli faktatietoja ja kolmannessa kysymyksiä työsuojelutoiminnasta. Lopuksi oli avoin kysymys. Sairaanhoitopiireiltä selvitettiin työsuojelutietoja laajemmin, koska suurina organisaatioina niiden toiminta poikkeaa paljonkin pienen kunnan terveyskeskuksen toiminnasta.

Kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksissa tehtiin yksinkertaistettu tilanearvio. Siinä arvioitiin vain tilanne keskeisten valvottavien asioiden suhteen ja selvitettiin sairauspoissaolot sekä tapaturmat.

Arviointi rakennettiin niin, että vastausskaala oli 0–100 pistettä. Viisikymmentä pistettä sai silloin, kun toiminta täytti lainsäädännön vaatimukset. Kolmekymmentä pistettä kohde sai silloin, kun siellä oli vakavia puutteita tai esimerkiksi vaarojen tunnistus ja selvittely eivät olleet käynnistyneet. Seitsemänkymmentäviisi pistettä sai silloin, kun toiminta oli hyvää ja sisälsi jatkuvan kehityksen tunnuspiirteet. Kursiivilla kuvattiin ihannetila, josta saisi sata pistettä ja joka olisi todennäköisesti vaikeasti saavutettavissa.

Kysymykset ja arviointiperusteet yksityiskohtaisemmin ovat liitteessä.

1.3 Työolojen yleisestä kehityksestä

Työolobarometrin mukaan yli seitsemän kymmenestä kuntien työntekijästä arvioi työnsä olevan henkisesti erittäin tai melko rasittavaa. Teollisuudessa vastaava osuus on noin 50 prosenttia ja valtiolla se on vähän yli 50 prosenttia. Myös yksityisellä palvelusektorilla työn henkisen rasittavuuden taso on selvästi pienempi kuin kuntasektorilla (työministeriö, työolobarometri 2006).

Koko 1990- ja 2000-lukujen ajan palkansaajat ovat arvioineet sekä työn henkisen että ruumiillisen rasittavuuden lisääntyneen. Kaikista työssä olevista 40–70 prosenttia on ollut joka vuosi sitä mieltä, että työn rasittavuus on kasvanut edelliseen vuoteen verrattuna ja vain muutama prosentti on ollut päinvastaista mieltä.

Työn henkisen rasittavuuden kasvu on ollut selkeintä kunnissa. Kuntien henkilöstö on aina arvioinut kyselytutkimuksissa työnsä henkisen rasittavuuden lisääntyneen enemmän kuin henkilöstö valtiolla, yksityisissä palveluissa tai teollisuudessa. Pitkällä aikavälillä myös valtion työntekijät ovat arvioineet keskimääräistä useammin henkisen rasittavuuden olleen lisääntymässä.

Työn keventämistä kannattavia henkilöitä työskentelee eniten terveydenhuollossa kunta-alalla.

Työn henkisen rasittavuuden kasvu on selvästi hidastunut viimeisen työministeriön kyselytutkimuksen mukaan. Julkisella sektorilla tämä hidastumistrendi, joka on ollut näkyvissä vuodesta 1993 lähtien, on ollut selvin. Kolmen viime vuoden aikana työn henkinen rasittavuus on yksityisellä sektorilla jälleen kääntynyt nousuun.

Lääkärit kokevat fyysisistä väkivaltaa tai sen uhkaa tavallisimmin päivystyksessä. Henkistä väkivaltaa oli koettu useammin työtovereiden taholta kuin potilaiden taholta lääkäreiden terveydenhuoltotutkimuksen mukaan (Suomen Lääkärilehti 20–21, 2007).

Työolobarometrin mukaan työturvallisuus on kehittynyt parempaan suuntaan kuntasektorilla. Myös terveydenhuollossa vuoden 2004 kehityksen heikko tilanne näyttäisi barometrin mukaan olevan paranemassa.

Työtapaturmat ja ammattitaudit ovat pitkään olleet laskussa. Viime vuonna työtapaturmat kuitenkin lisääntyivät. Työterveyslaitoksen selvityksen mukaan vuonna 2005 työolot ja hyvinvointi sosiaali-

ja terveystalalla ovat kehittyneet huonoon suuntaan monilta osin (Työterveyslaitos 2006). Kiire on yksi kuormitustekijä, tyytyväisyys työn ja organisaation johtamiseen koetaan aiempaa huonommaksi ja vaikutusmahdollisuudet työssä nähdään heikompina. Toisaalta tämän alan tehtäviin liittyy runsaasti myönteisiä piirteitä.

Fyysisen ergonomian osalta hoitohenkilöstön työolot ja työjärjestelyt ovat parantuneet 1990-luvulta hoitohenkilöstön työoloista vuosina 1992–2003 tehdyn selvityksen mukaan (Työsuojelujulkaisuja 78, STM 2004). Psykkisen rasituksen koettiin lisääntyneen koko ajan.

Kunta-alan työolobarometrin 2006 tarkastelussa vaikutusmahdollisuuksien koettiin hieman parantuneen terveystoimessa. Suunta nähdään parempaan päin. Ylitöitä tehdään hieman vähemmän kuin aiemmin. Terveydenhuollossa koetaan työpaikkaväkivallan ja kiusaamisen vähentyneen, sairauspoissaolot ovat lisääntyneet (Työturvallisuuskeskus 2007). Työn henkisen ja fyysisen rasittavuuden koetaan kasvaneen.

1.4 Kansainvälinen toiminta terveydenhuollon työsuojelussa

Terveydenhuolto on työsuojeluviranomaisten tärkeä toiminnan kohde koko Euroopassa, jossa on 16,6 miljoonaa terveydenhuollossa toimivaa työntekijää (World Health Report 2006) ja painetta tuoda lisää ammattihenkilöitä Euroopan ulkopuolelta koetun työntekijäpulan helpottamiseksi (JAMA 298: 1853, 2007). Tilanne on samanlainen Yhdysvalloissa, jossa sairaanhoitajien koulutusmäärä ei ole riittävä tarpeeseen nähden (JAMA 298: 1623, 2007).

Laaja toimiala ja sen muutoksiin sopeutuminen edellyttää yhteisön sääntöjen harmonisointia ja näkemystä alan työterveydestä ja turvallisuudesta. Euroopan unionissa onkin käynnissä esimerkiksi yhteisen työterveyden ja -turvallisuuden menettelyoppaan valmistelu terveydenhuoltoalalle. Ohjeiden pääpaino on ergonomian ja kuormitustekijöiden sekä biologisten ja kemiallisten vaarojen hallinnassa ja torjunnassa.

Norjassa päättyi vuonna 2007 terveydenhuoltoalan valvontahanke, nimeltään ”God Vakt, arbeidsmiljø i sikkehus” (Arbeidstilsynet 2005). Hankkeen suunnittelu käynnistyi vuonna 2004 ja toiminta

laitoksissa 2005. Vuonna 2007 tehtiin vaikuttavuuden arviointi. Valvontatyön lisäksi on pidetty seminaareja sairaanhoitopiireissä, järjestetty kokouksia ja tiedotustilaisuuksia. Hankkeessa on tarkasteltu erityisesti työn organisointia, kulttuuria ja teknologiaa, muutoksia työssä, psyykkistä ja sosiaalista kuormittumista sekä ergonomisia seikkoja.

Ruotsissa on puututtu erityisesti terveydenhuollon resurssikysymyksiin, ja niiden riittämättömyyden vuoksi on annettu mm. uhkaskopäätöksiä (AIVÄ 2004/12440, 2004). Tällä on pyritty henkilökuntapulasta johtuvan kuormittumisen vähentämiseen. Ruotsiin ollaan perustamassa myös uutta valvontaelintä, nimeltään ”Vårdinspektionen”, jonka tulisi aloittaa toimintansa viimeistään vuonna 2014. Sen toimialaan kuuluisi sosiaali- ja terveyspalvelujen valvonta (Läkartidningen 104: 3261, 2007).

Iso-Britanniassa on perustettu kansallinen ohjelma terveydenhuoltoon, jonka pääasiallinen tavoite on varmistaa turvallinen työympäristö (Dept. of Health, UK: Consultation paper; Tackling nuisance or disturbance behaviour on NHS healthcare premises, 2006). Siinä on luotu kansallinen raportointijärjestelmä, johon ilmoitetaan kaikki asiakkaiden aiheuttamat väkivaltatapaukset ja uhkatilanteet. Yhteistyötä syyttäjien ja poliisin kanssa on kehitetty. Syytetapaukset lisääntyivät parissa vuodessa 51:stä yli 750: een.

Sveitsissä on selvitelty stressitapahtumien merkitystä. Osoittautui, että puutteelliset tiedot, lääkehoidon virheet ja väkivaltaiset potilaat olivat tavallisimpia kuormitustekijöitä (Ergonomics 49: 457, 2006). Erityisesti suorassa potilastyössä psykososiaaliset kuormitustekijät ovat tärkeitä ja niiden arvioimiseksi on Tanskassa kehitetty työväline (Int. J. Nurs. Stud. 44: 814, 2007). Samoin Alankomaissa on kehitetty menetelmiä potilaiden turvalliseksi käsittelemiseksi. Niiden olennaisena osana on ollut vanhemmilta työntekijöiltä oppiminen (Crit. Care Nurs. Clin. N. Amer. 19: 205, 2007).

Useissa maissa erityistä huomiota on kiinnitetty työilmapiiriin ja työn järjestämiseen. Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa on todettu huomattava yhteys terveyteen ja hyvinvointiin (J. Occup. Environ. Med. 49: 50, 2007). Kanadassa on painotettu ryhmätyön merkitystä (Healthc. Pap. 7: 92, 2007). Näistä ja useista muista tutkimuksista on voitu tehdä päätelmiä hoitotyötä tekevän henkilön työtyytyväisyy-

destä ja elämän laadusta (Nurs. Admin. Q. 32: 152, 2007). Laatutekijöitä ja niiden arviointikriteereitä voidaan soveltaa esimerkiksi yksintyöskenteleviin maaseudun terveydenhoitajiin (J. Rural Health 23: 179, 2007).

Monissa maissa on sairaaloissa työterveyshuollon palveluita hoitohenkilökunnalle. Suomen tilannetta on selvitetty tässä raportissa (ks. luku 2.5), mutta muiden maiden tilanteista tietoja ei ole helposti saatavissa. Kreikasta on äskettäin ilmestynyt selvitys, josta käy ilmi, että henkilökunta käyttää työterveyshuollon palveluja pääasiassa äkillisten oireiden selvittelyyn, minkä lisäksi käydään terveystarkastuksissa (Med. Sci. Monit. 12: C341, 2006). Tällaisen työterveyshuollon toimintaa on arvosteltu mm. siitä, ettei se tee riskin arviointia työpaikalla, ja että esim. työperäisestä kuormittumisesta selkäsäryn saaneet kääntyvät suoraan erikoislääkärien puoleen. Samoin on arvosteltu muita ehkäisevän työn puutteita (kirje toimittajalle, 23.8.2006, Med. Sci. Monit.). Tämän vuoksi työterveyshuollon ei tulisi tyytyä pelkän henkilökohtaisen terveysvalmentajan rooliin (New Engl. J. Med. 357: 1465, 2007).

Terveydenhuollon työterveyden ja -turvallisuuden hallinta on otettu mukaan laatukäsikirjoihin mm. Kanadassa (CMAJ 177: 1221, 2007).

Euroopan unionin jäsenvaltioissa on toteutettu vuoden 2007 aikana *Keveyttä työhön!* -kampanja selkävammojen ennaltaehkäisyksi hoito- ja kuljetusaloilla. Johtavien työsuojelutarkastajien komitea (SLIC) on suunnitellut tämän eurooppalaisen aloitteen, ja sillä on EU:n komission tuki. Kampanja on toteutettu kiinteässä yhteistyössä Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviraston kanssa. Käytännön toteutuksesta Suomessa on vastannut työsuojeluhallinto. Hoitoalan kampanjaan on sisällynyt esitteiden jakelu sekä työsuojelupiirien tarkastajien suorittamat tarkastukset käsin tehtävien raskaiden nostojen ja siirtojen hoitohenkilöstölle aiheuttaman kuormittumisen arvioimiseksi.

Lyhyt katsaus kehitykseen Euroopassa ja muualla osoittaa selvästi terveydenhuollon taloudellisen merkityksen ja sen turvallisen kehittämisen tärkeyden. Omalla hankkeellamme on ollut tässä vertailussa samanlaiset tavoitteet ja yhtä ajanmukaiset toimintatavat kuin ulkomaisissa hankkeissa.

2. TYÖSUOJELUN TILA TERVEYDENHUOLLOSSA

2.1 Todetut muutokset

Lähtötilanne arvioitiin vuonna 2005. Sairauspoissaolo- ja tapaturmatiedot olivat tuolloin vuodelta 2004. Tilannetta arvioitiin uudelleen vuonna 2007 (luvut vuodelta 2006).

Sairaanhoitopiirien lähtötilanne selvitettiin kymmenen kysymyksen avulla. Arvioista tehty yhteenveto on esitetty taulukossa 1.

Sairaanhoitopiirejä valvontakohteena oli 20. Henkilöstöä niissä on noin 69 000. Kysymykset jakaantuivat kolmeen osaan. Ensimmäisellä osalla arvioitiin lainsäädännön vaatimusten toteutumista yleisesti. Toisella osalla kerättiin faktatietoja ja kolmannen osan avulla arvioitiin työsuojelutoimintaa.

Arviointiskaala oli 0–100 pistettä. 50 pistettä oli raja, jolloin lainsäädännön vaatimukset täyttyvät. Tarkempi arviointiperustelu on liitteessä.

Taulukko 1. Tilanearviointi, vertailu 2005 ja 2007
Sairaanhoidopiirit

	2005	2007	Muutos
Henkilöstö yhteensä	64884	68907	4023
SISÄLTÖ			
Miten sairaanhoidopiiri kokonaisuutena on toteuttanut vaarojen arvioinnin?	64	86	18
Miten vaarojen arviointiin on otettu mukaan hankkeen kannalta valvottavat asiat; asiakasväkivalta, häirintä ja epäasiallinen kohtelu, työn aiheuttama haitallinen henkinen kuormitus ja käsin tehtävät nostot ja siirrot?	66	86	20
Miten arvioit työnantajan lähtötilannetta; miten työnantaja tuntee työturvallisuusmääräykset, miten se kouluttaa henkilöstöään ja millainen sen turvallisuuspolitiikka on?	69	79	11
FAKTAT			
Sairauspoissaolot	17	17	0
TYÖSUOJELUTOIMINTA			
Käynnit työterveyshuollossa työntekijä / vuosi	3	3	0
7. Onko työsuojelu jokapäiväistä toimintaa linjaorganisaatiossa?	61	72	11
8. Onko työsuojelun toimintaohjelma olemassa?	71	85	14
9. Seuraako sairaanhoidopiirin johto työsuojelun toimintaa ja antaako sille tavoitteita?	56	72	16

Kartoitukset osoittavat kaikkien kysymysten osalta myönteisen kehityksen. Kaksi ensimmäistä kysymystä kartoittaa vaarojen arviointia ja sitä, miten hankkeen keskeiset valvottavat asiat on huomioitu. Lähtöarviointit olivat 64 ja 66 pistettä, mikä tarkoitti sitä, että sairaanhoidopiireissä keskimäärin täytettiin lainsäädännön vaatimukset. Vaihtelua oli selvästi eikä taso ollut paljonkaan minimivaatimusten yläpuolella.

Loppuarvioinneissa parannus oli selvä: 82 ja 86 pistettä. Taso oli noussut selvästi minimivaatimusten yläpuolelle. Halu kehittyä ja kehittää toimintaa tunnistettiin selvästi. Turvallisuusmääräysten toteuttamisessa ei havaittu puutteita. Seuranta- ja raportointijärjestelmät olivat parantuneet.

Työnantajan työsuojelusäädösten tuntemus, koulutusasiat ja turvallisuuspolitiikka olivat myös kehittyneet. Lähtöarvio oli 69 pistettä ja loppuarvio 79 pistettä. Arviointien mukaan työnantajat tunte-

vat työturvallisuusmääräykset aiempaa paremmin, henkilöstöä koulutetaan ja turvallisuuspolitiikkaa kehitetään. Samoin työsuojelutoiminta on kehittyneempää kuin hankkeen alussa.

Terveyskeskuksia arvioitiin viidellä kysymyksellä, jotka olivat samoja kuin sairaanhoitopiireissäkin (taulukko 2). Ensimmäiset kaksi kysymystä koskevat lainsäädännön toteutumista, seuraavat kaksi faktatietoja ja viimeinen osa työsuojelun toimintaohjelmaa. Terveyskeskusten osalta luvut ovat epätarkempia kuin sairaanhoitopiireissä. Tilastointi voi olla osa koko kuntaa tai sosiaali- ja terveystointia, lukuun voi olla sisällytetty työmatkatapaturmat jne.

Valvonnan kohteena oli toukokuun 2007 loppuun mennessä 267 kunnan tai kuntayhtymän terveyskeskusta, joissa henkilöstöä on lähes 57000. Ensimmäisellä kierroksella tavoitettiin 186 terveyskeskusta. Osassa terveyskeskuksia käytiin hankkeen aikana vain yhden kerran, mutta suuressa osassa tilanne arvioitiin alku- ja lopputilanteen osalta.

Arviointiperusteet olivat samat kuin sairaanhoitopiireissäkin.

Taulukko 2. Tilanearviointi, vertailu 2005 ja 2007 Terveyskeskukset

	2005	2007	Muutos
Henkilöstö yhteensä	37563	56628	19065
SISÄLTÖ			
Miten työnantaja kokonaisuutena on toteuttanut vaarojen arvioinnin?	54	76	22
Miten vaarojen arviointiin on otettu mukaan hankkeen kannalta valvottavat asiat; asiakasväkivalta, häirintä ja epäasiallinen kohtelu, työn aiheuttama haitallinen henkinen kuormitus ja käsin tehtävät nostot ja siirrot?	56	76	19
FAKTAT			
Sairauspoissaolot	13	16	4
TYÖSUOJELUTOIMINTA			
Onko työsuojelun toimintaohjelma olemassa?	65	84	19

Terveyskeskusten osalta lähtötilanne oli sairaanhoitopiirejä huonompi. Kuitenkin myös terveyskeskuksissa loppuarvio osoittaa selvää paranemista. Työturvallisuuslain edellyttämä vaarojen arviointi ja selvittely oli alkutilanteessa arvioitu 54 pisteellä ja hankkeen keskeisten asioiden tila 56 pisteellä. Lisäksi vaihtelu oli huomattavaa eri

terveyskeskusten välillä ja puutteita esiintyi useissa terveyskeskuksissa. Loppuarviot nousivat 76 pisteeseen molempien edellä mainittujen asioiden suhteen. Puutteita ei juuri esiintynyt.

Arviointiperusteiden mukaan toiminta on muuttunut. Seuranta ja raportointi ovat parantuneet. Turvallisuustoiminnassa ei ole puutteita. Työsuojelutarkastajien arvioiden mukaan terveyskeskuksissa on halu kehittyä ja kehittää toimintaa. Myös työsuojelun toimintaohjelmien sisältö on muuttunut pelkäästä minimivaatimusasiakirjasta toiminnan sisällön kehittämisen suuntaan.

2.2 Lainsäädännön tarkoituksen toteutuminen

Vaarojen tunnistaminen ja niiden merkityksen arviointi on yksi työturvallisuuslain keskeisemmistä asioista. Työsuojelutarkastajien arviointien perusteella tämä on kaikissa sairaanhoitopiireissä hyvällä mallilla. Samoin hankkeessa erityisesti valvotut asiat – asiakasväkivalta, häirintä ja epäasiallinen kohtelu, työn aiheuttama haitallinen henkinen kuormittuminen sekä käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot – on otettu työpaikoilla oikein hyvin hallintaan. Tämä ei tietenkään tarkoita, ettei näissä asioissa olisi ongelmia, vaan sitä, että työnantajat tunnistavat ongelmat ja ovat ryhtyneet toimenpiteisiin niiden hallitsemiseksi.

Vaarojen arviointi ja selvittely käsittää järjestelmällisen ja kattavan kokonaisuuden, jossa on käyty läpi työpaikalla esiintyvät vaaratilanteet, arvioitu niiden esiintymistä ja seurausvaikutuksia sekä pohdittu riskin merkittävyyttä. Näin saadaan esiin asiat, jotka vaativat toimenpiteitä. Väkivallan uhan torjumiseksi tällainen riskien arviointi on oiva väline.

Turvallisuuden hallintajärjestelmiä arvioidaan sen perusteella, miten työnantaja on tehnyt vaarojen arvioinnin ja selvittelyn, mihin toimenpiteisiin sen perustella on ryhdytty ja miten työnantaja tarkkailee ja seuraa antamiensa ohjeiden ja määräyksien noudattamista.

Luvussa 3 on arvioitu yksityiskohtaisesti asiakasväkivallan uhan, häirinnän ja epäasiallisen kohtelun, haitallisen henkisen kuormittamisen sekä käsin tehtävien raskaiden nostojen ja siirtojen työsuojelutilannetta.

Työsuojelutoiminta on arvioiden mukaan parantunut. Suurissa organisaatioissa on omaa asiantuntemusta enemmän kuin pienissä. Pienissä organisaatioissa on uhkana, että kaikki työsuojelutoiminta on enemmän tai vähemmän oman toimen ohella tekemistä. Esi- miesten työturvallisuusajattelu ja -tietoisuus voi olla vähäistä, sa- moin oman organisaation tuki. Koulutuksen hankkiminen voi olla hankalaa. Monesta eri syystä iso organisaatio pystyy melko usein huolehtimaan jokapäiväisestä työsuojelusta pientä organisaatiota paremmin.

Työnantajalla pitää työturvallisuuslain mukaan olla työsuojelun toimintaohjelma, joka kattaa työpaikan työolojen kehittämistarpeet ja työympäristöön liittyvien tekijöiden vaikutukset. Tämä asia myös tarkastettiin tilanearviointin yhtenä osana. Kaikissa kohteissa työ- suojelun toimintaohjelma oli laadittuna. Useissa kohteissa toiminta- ohjelma arvioitiin erinomaiseksi, jolloin se tukee työpaikan työ- suojelutyötä ja on toimiva ohjelma, ei pelkkä asiakirja.

2.3 Sairauspoissaolot

Sairaanhoitopiireissä ollaan sairaana keskimäärin 17 päivää vuodes- sa yhtä työntekijää kohden. Luku on sama kuin vuoden 2005 arvios- sa. Se on laskettu kaikkien 20 sairaanhoitopiirin osalta ja koskee 69 000 työntekijää. Sairauspoissaoloja kertyy sairaanhoitopiireille kohdejoukosta 1 173 000 päivää vuodessa.

Työsuojeluhallinnossa on arvioitu yhden sairauspoissaolopäivän kustannukseksi 150–220 euroa. Poissaolokustannukset ovat siis sa- toja miljoonia euroja.

Terveyskeskuksissa vastaavasti oli vuoden 2007 arviossa sairaus- poissaoloja 16 päivää työntekijää kohden. Vuoden 2005 arviossa poissaolopäiviä oli 13 työntekijää kohden vuodessa. Nousu selitty- nee sillä, että vuoden 2007 arviossa kohdejoukko oli suurempi ja sisälsi enemmän isoja työnantajia kuin ensimmäisellä arviointiker- ralla.

Sairaanhoitopiireissä työntekijä kävi työterveyshuollossa keski- määrin kolme kertaa vuodessa, terveyskeskusten osalta käyntimää- riä ei kysytty.

Sairauspoissaololukuja voidaan verrata kunta-alan työolobarometrin lukuihin, joiden mukaan kunta-alalla sairauspoissaolopäivien lukumäärä suhteutettuna henkilöstön määrään on hieman kasvanut. Kunta-alan työpaikoilla on oltu vuonna 2006 keskimäärin 11 päivää vuodessa poissa oman sairauden takia. Terveystoimessa sairauspoissaolopäiviä oli 19,7 henkilöä kohden. (Kunta-alan työolobarometri 2006, Työturvallisuuskeskus 2007.)

Elinkeinoelämän keskusliiton työaikakatsauksen mukaan sen jäsenyritysten henkilöstö oli vuonna 2006 poissa töistä keskimäärin 11 päivää vuodessa. Luku oli 4,4 % työajasta. Teollisuuden työntekijä oli poissa 16 päivää ja palvelualojen henkilöstö vastaavasti 9 päivää vuodessa. Työterveyslaitoksen kuntien ja sairaaloiden työntekijöiden hyvinvointia selvittäneen tutkimuksen mukaan sairauspoissaoloprosentti naisilla oli 5 ja miehillä 3,4. Päiviksi muunnettuna saadaan luvuiksi naisilla 13 päivää ja miehillä 8 päivää.

Tapaturmasuhteella tarkoitetaan tapaturmien määrää tuhatta työntekijää kohden. Tässä raportissa ei käsitellä tapaturmasuhdetta, koska se jäi epätarkaksi. Tämä johtuu siitä, että eri työnantajat pitävät tilastojaan eri tavoin. Näin ollen niistä oli vaikea saada yhdenmukaista ja vertailukelpoista arvoa. Esimerkiksi joissain tilastoissa oli työmatkatapaturmat sisällytettynä. Tapaturmien ja läheltä piti -tilanteiden raportoinnissa on paljon kehitettävää. Työsuojeluhenkilöstökään ei aina saa näitä tietoja, koska niitä ei ole siten tilastoitu. Tämä koskee enemmän terveystoimintaa kuin sairaanhoitopiirejä.

3. VALVONNAN TULOKSET

3.1 Tarkastukset

Terveydenhuollon työsuojelun valvontahanke käynnistyi syksyllä 2004. Sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosaston johto tapasi tuolloin Kunnallisen työmarkkinalaitoksen johdon, joka lähetti sairaanhoitopiireille ja kunnille yleiskirjeen, jossa hankkeesta tiedotettiin. Varsinainen tarkastustoiminta käynnistyi heti tämän jälkeen vuoden 2004 lopulla (kuvio 2).

Hankkeen ensimmäisinä kohteina olivat sairaanhoitopiirit. Seuraavaksi sitä laajennettiin kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskukseen. Ensimmäisellä tarkastuksella tavattiin sairaanhoitopiirin johtoa, jolloin hanke ja sen tavoitteet esiteltiin sekä sovittiin jatkotoimista. Samalla periaatteella lähestyttiin kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksia.

Hanketta käynnistettäessä otettiin yhteyttä myös lääninhallitukseen ja kerrottiin hankkeesta. Lääninlääkärien kanssa on tehty yhteistyötä koko hankkeen ajan.

Tarkastustoiminnan käynnistäminen vaihteli jonkin verran eri työsuojelupiireissä. Yhden työsuojelupiirin alueella oli kolmella sairaanhoitopiirillä yhteinen tapaaminen, jolloin hanke esiteltiin kaikille yhtä aikaa. Samassa tilaisuudessa perustettiin myös yhteisiä työryhmiä, jotka kehittivät omaa ohjeistustaan työsuojelutarkastajan antamiin vaatimuksiin, erityisesti valvontatavoitteisiin; asiakasväkivallan uhkaan, häirintään ja epäasialliseen kohteluun, työn aiheuttama haitalliseen henkiseen kuormittumiseen sekä käsin tehtäviin raskaisiin nostoihin ja siirtoihin.

Vuoden 2005 loppuun mennessä kaikissa 20 sairaanhoitopiirissä oli tehty ensimmäinen tarkastuskäynti. Tämän jälkeen niissä tehtiin lähtötilanteen kartoitus, jossa arvioitiin kymmenen kysymyksen avulla työntäjän turvallisuus- ja työterveystilannetta suhteessa säästösten vaatimuksiin.

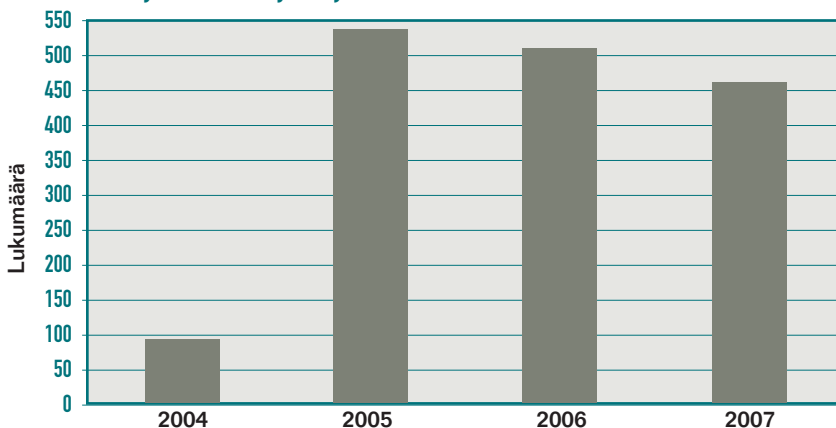
Tarkastukset jatkuivat II- ja III-tason tarkastuksina. Sairaala- tai osastotasolla arvioitiin ohjeistuksen olemassaoloa ja työkäytäntöjä.

Työpisteissä eli III-tason tarkastuksilla arvioitiin sitä, miten ohjeet ja suunnitelmat ovat toteutuneet ja mikä on todellinen tilanne käytännössä. Tasotarkastusten lukumäärät ovat taulukossa 3.

Kuntien ja kuntayhtymien terveyskeskuksissa tarkastukset jatkuivat vuonna 2006 ja niissä tehtiin myös tilannearvio. Kunnissa ja kuntayhtymissä voitiin tarkastaa terveystoimi sellaisenaan tai osana sosiaali- ja terveystoimen tarkastusta tai jopa osana koko kunnan tarkastusta. Esimerkiksi ”kuntaviikoilla” tarkastuskohteeksi voitiin ottaa koko kunta, jolloin kaikki sen toiminnot tarkastettiin usean työsuojelutarkastajan voimin. Tällöin terveystoimi oli osa tässä kokonaisuudessa. Vuosina 2006–2007 tarkastukset olivat pääosin III-tason tarkastuksia.

Hankkeen aikana toteutettiin kaikissa työsuojelupiireissä EU:n *Keveyttä työhön!* -kampanja selkävammojen ennaltaehkäisyksi hoitoalalla. Kampanjaan liittyvillä työsuojelutarkastuksilla tarkastajat arvioivat yhteensä 29 eri sairaalassa työskentelevän hoitajan osalta yksittäisen potilassiirron aiheuttamaa kuormittumista. Mukana oli sekä sairaanhoitopiirejä että terveyskeskuksia. Arvioitavana oli yhteensä 43 yksittäistä potilassiirtoa. Arvioinnissa käytettiin *Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmää* (Karhula ym., *Potilassiirtojen kuormittavuuden arviointimenetelmä* 2007). Menetelmä sisälsi sekä tarkastajan havainnointiosuuden että työntekijän haastattelun. Kampanjan tuloksista tullaan raportoimaan erikseen.

Kuvio 2. Terveystoimen työsuojelutarkastukset vuosina 2004–2007



Tarkastukset käynnistyivät vuoden 2004 lopulla. Niitä tehtiin eniten vuonna 2005, kaikkiaan 561 kpl. Tarkastukset jakaantuivat valtakunnallisesti melko tasaisesti ja pääpaino oli II- ja III-tason tarkastuksissa.

Taulukko 3. Tasotarkastukset

Tasot	sairaanhoidopiiri	terveyskeskus	yhteensä
I-taso	30	290	320
II-taso	168	392	560
III-taso	288	432	720

Suurin osa tarkastuksista kohdistui työpisteisiin (III-taso), joissa arvioitiin ohjeiden, työmenetelmien ja turvallisuuden hallintamenettelyjen käytännön toteutusta. Näillä tarkastuksilla pyrittiin varmistamaan siitä, että työntekijät olivat tietoisia työantajan ohjeistuksista ja sovitusta menettelytavoista ja että niitä noudatettiin käytännössä.

Taulukko 4. Valvontatietojärjestelmän tarkastukset toiminnoittain, ajankäyttö ja henkilömäärät

TOIMINTO	n	tuntia	henkilömäärä
Työpaikkavalvonta	1635	3578	346507
Työsuhdevalvonta	2	8	4250
Ennakkovalvonta	11	21	145
Sidosryhmäyhteistyö	12	31	1976
Koulutus ja tiedotus	31	90	3216
Yhteensä	1691	3728	356094

Työsuojeluhallinnon valvontatietojärjestelmän mukaan hankkeessa tehtiin 1 691 erilaista toimenpidettä, joista perus- tai seurantatarkastuksia oli 1 600 kpl (taulukko 3, kaikki tasotarkastukset yhteensä). Muita toimenpiteitä (työsuhde- ja ennakkovalvonta, sidosryhmäyhteistyö, koulutus ja tiedotus) oli 56 kpl (taulukko 4).

Työsuojeluhallinnossa on tehty viime vuosina noin 17 000–18 000 työpaikkatarkastusta vuosittain, joten terveydenhuoltoon on kohdistettu merkittävä määrä hallinnon resursseista.

3.2 Asiakasväkivallan uhka

3.2.1 Lainsäädännön vaatimukset

Työturvallisuuslain mukaan työ ja työolosuhteet työssä, johon liittyy ilmeinen väkivallan uhka, on järjestettävä siten, että väkivallan uhka ja väkivaltatilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Usein on kyse tilanteesta, jossa joudutaan kohtaamaan väkivaltainen asiakas. Väkivaltatilanteisiin voivat myötävaikuttaa fyysisen työympäristön rakenteet sekä riittämätön tilanteen hallinta.

Tarvittaessa työpaikalle on hankittava asianmukaiset turvallisuusjärjestelyt sekä laitteet avun hälyttämistä varten. Väkivaltatilanteiden ehkäisemiseen voivat vaikuttaa esimerkiksi työn järjestelyt tai työtapojen muuttaminen. Turvajärjestelyihin voi kuulua esimerkiksi kulunvalvonta, ovien automaattinen sulkeutuminen, kameravalvonta, asiakaspalvelupisteen suojaaminen pleksilasilla, vartijat ja hälytyslaitteet.

Työnantajan on laadittava menettelytapaohjeet työtä tai työpaikkaa varten. Ohjeissa on käsiteltävä esimerkiksi uhkaavan tilanteen todennäköistä ilmenemismuotoa, tilanteen hallintaa sekä toimintatapoja, joilla väkivaltatilanteen vaikutukset työntekijän turvallisuuteen voidaan torjua tai rajoittaa.

3.2.2 Ongelmat

Väkivaltatilanteet ovat lisääntyneet viime vuosina, erityisesti vakavammat väkivaltatilanteet. Kaikissa työsuojelupiireissä todettiin asiakasväkivallan esiintymisen liittyvän erityisesti päihtyneisiin asiakkaisiin, heidän omaisiinsa tai päihtyneisiin saattajiin. Tavallisesti on kysymys ensiapu- tai ensihoitotilanteesta. Asiakasväkivaltaa on kuitenkin esiintynyt esimerkiksi lastenneuvoloissa, mutta myös kroonikko-osastoilla dementiapotilaiden aiheuttamana. Samoin kotihoiton lisääntyessä väkivallan uhka ja uhkaavat tilanteet ovat tulleet tavallisemmiksi.

Avun saamisen järjestäminen on ollut pienemmillä paikkakunnilla hankalaa, kun esimerkiksi poliisin päivystyspiste on voinut olla hyvinkin kaukana eikä vartijoitakaan ole käytettävissä.

Kyselyissä väkivalta ja sillä uhkailu oli mm. ensiapuosastoilla erittäin tavallista, mikä on luonnollisesti kuormittavaa. Ilmoittaminen esimiehille ja työnantajalle oli asianmukaista, mutta poliisille tehtävät tutkintapyyntö olivat paljon harvinaisempia asiaan liittyvien henkilökohtaisten pelkojen vuoksi. Väkivallan uhkatapauksissa ongelma on se, että uhri joutuu itse tekemään tutkintapyyntö poliisille, koska kyseessä on asianomistajarikos.

3.2.3 Toimenpiteet

Toimenpiteet uhkan torjumiseksi olivat kahtalaisia. Rakenteellisia toimia olivat kameravalvonnan asentaminen, pakoteiden valmistelu ja niiden käyttöön harjaantuminen, aseiksi käypien esineiden poistaminen työpöydiltä, kiinteiden istuimien asentaminen, hälytyslaitteiden käyttöönotto, ovien ja laitteiden lukitseminen sekä kulunvalvonnan kehittäminen.

Rakenteellinen turvallisuus pystytään huomioimaan aiempaa paremmin uudisrakennuksissa ja tiloja korjattaessa. Laitteet ovat myös kehittyneet teknisesti.

Toimintaan liittyviä uudistuksia olivat parityöhön siirtyminen, koulutuksen järjestäminen uhkaavien asiakkaiden kohtaamisessa sekä vartijoiden määrän ja läsnäolon lisääminen. Ilmoitus- ja varoitusten menetelmien käyttö on parantunut, jotta tapahtumassa olevaan uhkaan on voitu nopeasti puuttua. Tähän liittyen väkivalta- ja uhkatilanteiden jälkikäsittely on tullut työyhteisössä tavallisemmaksi. Erityisongelmana on ollut tilapäisten sijaisten ja korvaavien työntekijöiden opastaminen oikeisiin työskentelytapoihin. Heitä varten on laadittu mm. yhden sivun laajuisia lyhyitä ohjeita.

3.2.4 Muutokset hankkeen aikana

Muutokset hankkeen aikana ovat sisältäneet edellä kuvattuja toimenpiteitä. Niiden vaikuttavuutta selviteltiin tarkastuskäynneillä ja tiedusteluilla. Käytäntöjen muuttaminen ei ole aina ollut helppoa,

sillä tietoa ei aina osata käyttää tai esimerkiksi tapahtumatilastoja ei käytetä suunnittelun pohjana samalla tavoin kuin esimerkiksi sairauspoissaolotietoja. Ammattiryhmien yhteistyö väkivallan ja sen uhan torjumiseksi on parantunut. Asiakaskunnan muutos (päihteen vaikutuksen alaiset) ja pidentyvät odotusajat ovat lisänneet aggressiivisuutta.

Toisaalta ongelmaan on alettu suhtautua asiallisesti ja mm. työntekijän syyllistäminen on selvästi vähentynyt. Kuitenkaan kaikkia tapahtumia ei kirjata, mistä syystä työsuojelun toimintaohjeissa ja niiden noudattamisessa on vielä kehittämistä. Yleisjohto on nykyään kuitenkin huomattavasti paremmin tietoinen tilanteesta ja myös omasta vastuustaan.

Suhtautuminen väkivaltaan on myös muuttunut hankkeen aikana. Aiempaa korostuneemmin pyritään vuorovaikutustaitoja hyväksi käyttäen kohtaamaan kiihtynyt tai aggressiivinen asiakas turvallisemmin, esimerkkinä AVEKKI-koulutus tai HTFR (Hallittu terapeutin fyysinen rajoittaminen).

3.2.5 Tulevaisuuden näkymiä

On selvää, että viranomaisen valvontaa tarvitaan edelleenkin. Se kohdistuu paitsi konkreettisesti työpaikkoihin, myös yleisiin järjestykseen ja työnantajan menetelmiin ongelmien hallitsemiseksi. Myös nämä voivat työn laadun ja säädösten muuttuessa kehittyä, mihin luonnollisesti vastuullisella viranomaisella on vaikutusmahdollisuuksia.

Hälytysjärjestelmät avun saamiseksi haja-asutusalueilla ovat edelleen ongelmallisia. Samoin avunantaja, joka voi olla vaikka laitostuon talonmies, tulisi tehtävässään kouluttaa.

Terveydenhuollon laitosten tulisi edelleen kehittää toimintatilojensa tarkoituksenmukaisuutta ja viranomaisen vastaavasti varmistaa, että tilat on suunniteltu ja rakennettu tarkoitustaan vastaaviksi. Rakennusten ja tilojen käyttösuunnitelmat voivat muuttua nopeasti ja tällöin käyttötarkoituksen muuttuessa uudet tilaratkaisut eivät aina toimi väkivallan uhan torjunnassa.

AVEKKI avuksi väkivallan hallintaan

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa on potilasväkivallan hallintaa lähdetty miettimään jo 25 vuotta sitten. Väkivallan hallinta on edennyt prosessina erilaisten vaiheiden ja projektien kautta sellaiseen tilanteeseen, että käyttöön on otettu AVEKKI, Savonia-ammattikorkeakoulun tuotteistama toimintatapamalli, jolla pyritään hallitsemaan potilaan aggressiota. AVEKKI-nimi tulee sanoista aggressio, väkivalta, ennaltaehkäisy, kehittäminen, koulutus ja integraatio.

Tarve potilasväkivallan hallinnan kehittämiseksi nousi 1980-luvun alussa Alavan sairaalan lastenpsykiatriselta osastolta, jossa nuorisoiikäisten potilaiden joukko pääsi jengiytymään. Hoitajat alkoivat kokea väkivallan liian kuormittavana, kun kuvioihin tuli jopa terä- ja ampuma-aseita, joita potilaat olivat onnistuneet tuomaan mukanaan lomilta palatessaan. Potilasaines oli vaikeahoitoista ja potilaiden henkilökuntaan tai toisiinsa kohdistama väkivalta – kimppuun käyminen, lyöminen tai tavaroiden heittäminen – päivittäistä.

-Mielisairaanhoidajat tulivat luokseni ja sanoivat, että työskentelisivät mieluummin Niuvaniemen vankimielisairaalassa kuin lastenpsykiatrian osastolla. Silloin rupesivat kellot soimaan, että asian suhteen on tehtävä jotain, kertoo KYS:in turvallisuuspäällikkö Hannu Hoffren.

Sitä alkoi systemaattinen kehittämisprojekti. Aluksi todettiin, että tilat eivät ole sopivat potilaiden rajoittamiseen. Väkivaltaa lähdettiin hallitsemaan fyysisen ympäristön rakentamisella. Käyttöön otettiin erityinen hoitotila, tehostetun hoidon yksikkö, jossa oli mm. pöytä pultattu lattiaan, peili muurattu seinään ja huonekalut superlonia.

Hoitoketju ja väkivallan hallinta erilleen...

Väkivallan hallintaan panostettiin taloudellisestikin merkittävästi 1980-luvun puolivälissä, kun Kuopion yliopistolliseen sairaalaan palkattiin ensimmäiset vartijat.

-Vartijoiden avulla haluttiin säilyttää hoitohenkilökunnan koskemattomuus. Vartijan tehtävä oli tukahduttaa aggressiota, ja sen jälkeen hoitajat voisivat jatkaa hoitoprosessia. Mietinnässä oli myös erilaisia apuvälineitä hoitohenkilökunnan käyttöön. Käsirautoja, kaasusumuttimia ja pamppuja ei kuitenkaan otettu käyttöön, koska vaarana olisi ollut kilpavarustelu. Katsottiin, että hoitajien tehtävänä on hoitaa ja vartijoiden tehtävänä huolehtia järjestyksenpidosta.

Vuosikymmenen verran väkivallan hallinnan kehittäminen perustui erilaisiin itsepuolustuskursseihin. Toimenpiteet olivat itsepuolustuslajeista tuttuja torjuntia ja otteita, jotka rajoittamiskeinoina perustuivat kivun tuottamiseen.

-Potilaalle annettiin tavallaan mahdollisuus valita. Sanottiin, että jos rimpuiet, niin sattuu, kertoo psykoterapeutti Kari Hakkarainen, joka on laskenut elämänsä aikana painineensa kolme kuukautta potilaiden kanssa eristyshuoneessa.

...ja jälleen yhteen

Vuosituhanen vaihteeseen tultaessa huumeet ja potilaiden moniongelmaisuus tekivät potilaista entistä arvaamattomampia. Kari Hakkarainen oli mukana täydennyskoulutuksessa, jolloin jalostui ajatus menetelmästä, jossa voitaisiin yhdistää siihen saakka erillisinä kulkeneet väkivallan hallinnan osa-alueet, fyysiset tilat, itsensä suojaaminen, potilaan suojaaminen sekä tarvittaessa rajoittaminen ammatillisesti.

-Kun aikaisemmin ajateltiin, että väkivallan kohtaaminen on turvamiesten homma, niin nyt siitä voitiinkin ryhmätyönä tehdä hoidollinen tilanne, jolloin aggressio otetaan turvallisesti vastaan. Näkökulmia tuli lisää ja kaikesta lähtökohdasta oli menetelmän hoidollisuus, Kari Hakkarainen sanoo.

Aggressio siis alettiin nähdä osana hoitoprosessia. Toinen merkittävä asia oli rajoittamisen kivuttomuus. Pystyttiin rajoittamaan tehokkaasti ja turvallisesti työsuojelu huomioon ottaen. Menetelmästä käytettiin lyhennettä HTFR, hallittu terapeutinen ja fyysinen rajoittaminen. Valtakunnallisen Väkivallaton terveydenhuolto -hankkeen puitteissa menetelmän käyttöön koulutettiin koekursseilla pari sataa työntekijää.

Kehitystyön tulos

Henkilöstön koulutus alkoi kuitenkin tuntua loputtomalta suolta. Vuodessa KYS pystyy kouluttamaan 200–300 henkilöä, mutta henkilökunnan vaihtuvuus on kuitenkin 300–400 ihmistä vuodessa. Keväällä 2004 päätettiin asiasta pitää yhteistyökokous, johon kutsuttiin Kuopion alueen keskeisiä, isoja toimijoita, pääasiassa sairaaloita ja oppilaitoksia. Tällöin sovittiin, että Savonia-ammattikorkeakoulu ottaa koulutusvastuun asiassa.

-Syksyllä 2004 hankesuunnitelma oli valmis. Rahoituspäätös AVEKKI-hankkeelle saatiin keväällä 2005. Nopeaa liikkeellelähtöä avitti se, että yhteistyökumppanit olivat valmiina saman pöydän ääressä ja valmiina sitoutumaan hankkeeseen, kertoo projektipäällikkö Seija Taattola Savonia-ammattikorkeakoulusta.

-Hankkeen tavoitteena oli luoda koulutus- ja toimintatapamalli väkivallan ennaltaehkäisyyn ja hallintaan. Ensisijaisena kohderyhmänä oli sosiaali- ja terveydenhuoltoalan henkilöstö, mutta mallin piti olla myös muille palveluammateissa toimiville soveltuva. Tästä lähtökohdasta alettiin kehittää prosessin omaista, jatkuvasti kehittyvää mallia, joka yhdistäisi olemassa olevan käytännön osaamisen teoreettiseen tietotaitoon.

Lopputuloksena käyttöön on saatu erilaisia koulutuspaketteja eri tarpeisiin: 12 tunnin AVEKKI I, 24 tunnin AVEKKI I sekä kouluttajakoulutus. Lisäksi on ylläpitokoulutusta ja kouluttajien täydennyskoulutusta. Laadunvarmuudesta ja kehityksestä huolehtii asiantuntijoista koottu ohjausryhmä.

-Koulutuspaketit on tuotteistettu eli ne ovat osa Savonia-ammattikorkeakoulun maksullista palvelutoimintaa. AVEKKI-koulutus kuuluu pakollisena lähihoitajien ja sairaanhoitajien koulutukseen Savon ammatti- ja aikuisopiston sosiaali- ja terveysalan oppilaitoksissa ja Savonia-ammattikorkeakoulussa.

Kuva 1.

AVEKKI-mallin pääpaino on ennakoinnissa.



Kuva: Hannes Hyvönen

3.3 Häirintä ja epäasiallinen kohtelu

3.3.1 Lainsäädännön vaatimukset

Jos työpaikalla esiintyy työntekijään kohdistuvaa ja hänen terveystään haittaavaa tai vaarantavaa häirintää tai muuta epäasiallista kohtelua, työnantajalla on velvollisuus ryhtyä käytettävissään oleviin toimenpiteisiin epäkohdan poistamiseksi, kun hän on saanut tästä tiedon.

Epäasiallinen kohtelu voi olla työntekijöiden kesken tapahtuvaa tai sitä voi tapahtua esimiehen ja työntekijän välillä. Tällöinkin toimintavelvollisuus on työnantajalla. Häirinnällä ja epäasiallisella kohtelulla tarkoitetaan myös sukupuolista häirintää.

Häirintä on määritelty yhdenvertaisuuslain (21/2004) 6 §:ssä ja työturvallisuuslain (738/2002) 18 ja 28 §:ssä, ja työsuojeluviranomainen valvoo näitä lakeja. Kiellettynä syrjintänä myös tasa-arvolain mukaan pidetään sitä, että työnantaja laiminlyö laissa säädetyt velvoitteensa sukupuolisen häirinnän tai ahdistelun poistamiseksi.

3.3.2 Ongelmat

Työsuojelupiirien tietoon tulleet häirintään ja epäasialliseen kohteluun liittyvät ongelmatilanteet olivat erityisen monimutkaisia ja ne ovat saattaneet alkaa jo vuosia sitten. Toisaalta työnantajan tietoon ei saateta häirintäkokemuksia, joihin olisi asianmukainen puuttumisjärjestelmä. Jos työtekijöiden välinen häirintä on saatu vähemmään asianmukaisilla menetelmillä, näyttää siltä, että potilaiden omaisten aiheuttama häirintä, kuten sanallinen häirintä tai häiritsevät puhelut ja viestit, näyttää lisääntyvän. Niitä voidaan käsitellä myös henkisinä väkivaltatapauksina. Joka tapauksessa niiden selvittely on aina aikaa vievää ja monimutkaista.

Häirintäkokemuksia lisäävänä voidaan pitää myös lyhytaikaisiin työmääräyksiin ja -suhteisiin liittyviä seikkoja, joihin liittyen kokonaisvastuu työstä ja työn suunnittelusta jää hämäräksi. Samanaikaisesti työnjohdon ajan ja asiantuntemuksen puutteet tulevat esille.

3.3.3 Toimenpiteet

Häirinnän ja epäasiallisen kohtelun määritelmä ja sen estämiskeinot kuuluvat kaikissa valvonnan kohteina olleissa laitoksissa työsuojelun toimintaohjelmaan. Tähän liittyneen koulutuksen avulla työnteekijöiden ja heidän esimiesten tehtävät ja roolit ovat selkiytyneet.

Kehityskeskustelut ovat osoittautuneet hyväksi keinoksi puuttua suhteellisen varhain ongelmaan ja monessa tapauksessa on luotu toimivia yhteistyökäytäntöjä työterveyshuoltoyksikköjen kanssa.

3.3.4 Muutokset hankkeen aikana

Kaikissa työpaikoissa on tapahtunut kehitystä myönteiseen suuntaan. Yhteydenotot viranomaisiin ovat määrällisesti vähentyneet. Laadullisena kehityksenä voidaan mainita oma-aloitteinen ongelmiin puuttuminen myös ylempää johtoa koskevissa tapauksissa. Myönteistä kehitystä voidaan pitää täsmällisten toimintaohjeiden ansiona.

3.3.5 Tulevaisuuden näkymiä

Työyhteisöjen ja johdon vastuulle jää jatkuva käytäntöjen ja ohjeiden päivittäminen, mikä aiheuttaa koulutustarvetta. Jatkossa kehitetään menetelmiä ja ehtoja, joilla puututaan työpaikalta tuleviin il-

moituksiin. Työterveyshuoltojen mahdollisuuksia ja taitoja puuttua häirintätapauksiin tulee vielä joillakin työpaikoilla parantaa.

Yksi kehittämishanke tähtää siihen, että löydetäisiin toimiva sovittelemalli työpaikalle. Tavoitteena on omatoiminen ongelmanratkaisu itse työpaikalla.

3.4 Haitallinen henkinen kuormittuminen

3.4.1 Lainsäädännön vaatimukset

Kyse on terveyttä vaarantavasta yksilön haitallisesta psyykkisestä kuormittumisesta, joka voi olla luonteeltaan yli- tai alikuormitusta. Mahdollisia haitallisia kuormitustekijöitä voivat olla yhtäjaksoisesti kuormittava työ tai muut työn sisällöstä, puutteellisesta työn hallinnasta tai työjärjestelyistä johtuvat tekijät.

Työnantajalla on velvollisuus asiasta tiedon saatuaan ryhtyä toimiin haitallisten kuormitustekijöiden selvittämiseksi sekä vaaran välttämiseksi tai vähentämiseksi. Mikäli kuormittumisen toteamisessa tarvitaan asiantuntijan apua, työnantajan tulisi käyttää työterveyshuollon apua. Haitallisen kuormittumisen kohdalla yksilölliset erot voivat vaihdella suuresti.

3.4.2 Ongelmat

Käsitteenä henkinen kuormittuminen on uusi. Aiemmin on saatettu puhua stressistä tai kiireestä. Sitä on ollut vaikea määritellä ja konkretisoida, mutta kun ongelma-alue on tuotu keskustelun alaiseksi, on se virittänyt paljon työpaikkatason toimintaa. Kaikilla työterveyshuolloilla tai esimiehillä ei ole keinoja tai selvää käsitystä, miten haitalliseen kuormittumiseen tulisi puuttua. Tämä näyttäytyy erityisen hyvin työpaikkaselvityksissä, joissa kuormittumisvaaraa ei useinkaan mainita. Henkinen kuormittuminen näkyy kuitenkin tosiasiallisesti sairauspoissaoloissa ja vaikeuksissa palkata henkilökuntaa, esimerkiksi lääkäreitä, jos työpaikassa tiedetään olevan kovat työpaineet vajauksien vuoksi.

Potilaat ovat vaikeampihoitoisia ja heidän määränsä lisääntyminen johtaa huomattavaan ylipaikoilla hoitamisen lisääntymiseen, mikä on myös omiaan aiheuttamaan työpaineita ja kuormittumista. Hoitomäärän ja potilasmäärän kasvu lisää haitallista henkistä kuormittumista.

Ylikuormitustilanne voidaan myös ymmärtää työpaikalla väärin. Kun työntekijä ei kestä työn aiheuttamaa haitallista kuormittumista ja väsy, työtoverit voivat arvioida väsymisen syyksi henkilön omat ominaisuudet. Tällöin kuormittumista ei ymmärretä työstä johtuvaksi, vaan kaiken lisäksi voidaan syyllistää kuormittumisen uhri. Näistä tilanteista voi joutua kierteeseen, josta ulospääsy on vaikeaa.

Tietoteknisten apuvälineiden käytössä on myös paljon ongelmia ohjelmistojen kehittymättömyyden tai niiden terveydenhuoltoon sopimattomuuden vuoksi.

3.4.3 Toimenpiteet

Työpaikoilla on laadittu pelisääntöjä kuormittumisen vähentämiseksi. Keinoihin on kuulunut ammatillisen koulutuksen ohjeistus, uudelleen sijoittaminen, sairauspoissaolojen seuranta ja varhaisen puuttumisen käytännöt. Varahenkilöstöjärjestelmiä on kehitetty mm. vakinaistamalla sijaisten toimia. Heidän oma tilanteensa on näin parantunut ja toisaalta esimiesten tehtävä helpottunut paremman sijaisten saatavuuden ja heidän tunnetun osaamistasonsa vuoksi. Eräissä sairaanhoitopiireissä on palkattu henkilökuntaa pelkkään työntekijöiden rekrytointiin.

Systemaattinen kuormitushaitan kartoittaminen työntekijöiden kanssa on osoittanut ilmeisimmät ongelmakohdat. Samoin yksittäinen työntekijä on kyennyt analysoimaan oman tilanteensa syytä.

Työntekijäkohtaisia ratkaisuja on pyritty löytämään mm. vuorotelluvapaan tai lyhennetyin työajan käytöstä. Ikääntyneet työntekijät on joissakin tapauksissa myös voitu vapauttaa yötyöstä.

Potilaan hoitoketjun toimivuutta on parannettu. Potilaan siirtyessä erikoissairaanhoidosta terveyskeskukseen tai päinvastoin on vastaanottavan laitoksen hoitaja kutsuttu perehtymään tapaukseen.

Työterveyshuollot ovat pyrkinet lisäämään asiantuntemustaan ja parantamaan työpaikkaselvitysten tasoa. Samoin on voitu aloittaa työnohjaustoiminta.

3.4.4 Muutokset hankkeen aikana

Suurta muutosta henkisen kuormittumisen kokemuksessa ei hankkeen aikana ole tapahtunut. Joissakin tapauksissa kuormittumisen

kokeminen on lisääntynyt toimintaympäristön jatkuvan muuttumisen ja kuntatalouden tilan aiheuttamien paineiden vuoksi. Myös työntekijöiden työtapojen hidas uudistuminen on aiheuttanut kuormittumisen kokemusten lisääntymistä.

Toisaalta kuormittumiskäsitteen käyttöönottoa on tervehditty tarpeellisena uudistuksena ja se on myös jäntevöittänyt viranomaisen toimintaa. Valvonnan kohdistuessa toiminnasta vastuullisiin on myös heidän asiantuntemuksensa ja kiinnostuksensa huomattavasti lisääntynyt. Samalla yhteydenotot valvontaviranomaiseen ovat lisääntyneet.

Työntekijät tukeutuvat myös entistä herkemmin työterveyshuollon asiantuntijoihin, joiden on kysynnän kasvaessa myös ollut tarpeen kohottaa osaamisensa tasoa.

Tietoteknisten asiantuntija-avustajien lisääntynyt käyttö on myös helpottanut tietotekniikan muutoksiin liittyneitä ongelmia.

3.4.5 Tulevaisuuden näkymiä

Työnantajien tehtävänä on laatia toimintakäytännöt kokonaisvaltaisen haitallisen henkisen kuormittumisen vähentämiseksi ja poistamiseksi. Ne koskevat tunnistamista, ilmoittamista, selvittämistä ja arviointia. Vastaavasti työpaikalla tulisi olla sovitut menetelmät, miten toimia yksityisen tapauksen ilmaantuessa. On kuitenkin muistettava, että suuri osa ongelmista ei ole ratkaistavissa pelkästään työsuojelunkeinoin. Työsuojelutarkastajien yhteistyötäläninhallitusten asiantuntijoiden kanssa voidaan lisätä, sillä lääninhallitus valvoo terveydenhuollon resursseja.

Terveydenhuoltoalan erityispiirre on kolmivuorotyö, joka aiheuttaa lisäkuormittumista. STM:n ohjeistus pitää kolmivuorotyötä erityistä sairastumisen varaa aiheuttavana työnä, joten sen suhteen työterveyshuollon tulee laatia asianmukaiset terveydenseurantajärjestelmät.

Työmäärän seuranta yksilötasolla voidaan kehittää. Työajat, työvuorolistojen muuttaminen, työaikojen ylitykset ja vapaavuorojen perumiset ovat tekijöitä, jotka ilmaisevat vaikeuksia hallita työmääriä.

Terveydenhuoltoalan kehittymisestä ja työn myönteisistäkin piirteistä olisi tiedotettava, jotta alalle pyrkivien määrä ei vähenisi.

Tämä koskee myös tilanteita, jotka syntyvät, kun ulkomaalaisten osuus terveydenhuollon työvoimassa lisääntyy. Tiedottaminen auttaa potilaita ja heidän omaisiaan muodostamaan todenmukaisemman kuvan hoitopaikasta.

Avoimuus, huumori ja yhteiset sopimukset avaimia työhyvinvointiin Himangalla

Himangan terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla on iloinen työilmapiiri. Selvä ei synny itsestään; hyvä henki edellyttää työyhteisön kehittämistä ja työhyvinvointiin panostamista. Kehittäminen pelkästään kehittämisen vuoksi on kuitenkin Himangalla nähty turhaksi, vaan työhyvinvoinnin lisäämisen lähtökohtana on käytännön tarve.

-Meillä työyhteisön hyvinvointi on syntynyt käytännön toimien myötä. Kehittäminen ei ole ollut kovin vahvasti etukäteen suunniteltua, vaan se on muotoutunut tarpeiden ja varhaisen puuttumisen mallin mukaan, kertovat osastonhoitaja Anne Kurikkala ja työterveyshoitaja Greta Tuikka.

Osastonhoitaja Anne Kurikkala on itsekin ajoittain käytännön hoitotyössä mukana, joten herkyys kuunnella henkilöstön tunteja on ehkä parempi kuin jos pelkästään istuisi toimistossa tehden hallinnollisia tehtäviä.

-Esimerkiksi työnohjauskeskusteluja järjestetään silloin, kun tarvetta ilmenee. Esimiehenä minulle on kehittynyt tuntosarvet, joilla jatkuvasti tarkkailen, kuinka me täällä voimme. Sen vaistoaa, kun ilmapiiri rupeaa käymään raskaaksi. Kun sitten olen kysynyt työntekijöiltä, niin keskustelun tarve on ollut todellinen.

Himangalla työntekijöillä on hyvät vaikutusmahdollisuudet työhönsä. Heidän mielipiteitään on kuunneltu esimerkiksi työtilojen remonttien yhteydessä. Tiedonkulun tärkeys työhyvinvoinnin vaikuttimena on tiedostettu. Osastokokouksia pidetään kolmen viikon välein ja ne, jotka ovat vapailla tai lomilla, ovat velvollisia lukemaan kokouksen pöytäkirjan taukokuoneen pöydällä olevasta kansioista. Akuuttien asioiden, kuten hoitokäytännöissä tapahtuvien muutosten vuoksi kokouksia voidaan pitää useamminkin.

Himanka on noin 3 200 asukkaan kunta Keski-Pohjanmaalla. Pienellä paikkakunnalla potilaat ja hoitajat ovat tuttuja keskenään. Väillä tulee raskaita työjaksoja, jos esimerkiksi saattohoidossa on henkilökunnan omaisia ja muita läheisiä. Tällaisten jaksojen jälkeen työntekijöillä on mahdollisuus psykiatrin vetämiin purkukeskusteluihin.

-Niissä pääsee tavallaan tyhjentämään kuorman. Hoitajat ovat kokeneet keskustelut erittäin hyödyllisiksi. Itsekin olen ollut yhdessä keskustelussa mukana, Kurikkala kertoo.

Täydennyskoulutusta erikoissairaanhoidossa

Terveyskeskuksessa hoitohenkilökunnan pitää hallita kaikkia mahdollisia sairaanhoidon osa-alueita. Henkilökunnan osaamista kehitetään täydennyskoulutuksella, jossa sairaanhoitaja-perushoitaja -pari menee viikoksi Kokkolan keskussairaalaan tutustumaan ja oppimaan eri osastojen hoitomenetelmiä. Koulutusta on saatu mm. ortopedisella ja neurologisella osastolla.

-Koulutus on poikunut esimerkiksi aivohalvaus-, lonkka- ja avanneyhdyshenkilöitä, joilla on vähän suurempi vastuu oman erikoisalueensa osaamisesta. He pitävät meitä muita ajan tasalla, seuraavat hoitomuotojen kehittymistä ja hakeutuvat oman aihealueensa koulutuksiin. Tietysti kouluttautuminen vaatii omaa motivaatiota. Työnantaja on koulutusmyönteinen, mutta myös työntekijät ovat koulutushalukkaita, Anne Kurikkala sanoo.

Työterveyshoitaja Greta Tuikka kehuu hoitohenkilökunnan korkeaa työmoraalia: tavoitteena on hyvä hoito himankalaisille. Keskussairaalaan oleville potilaille halutaan antaa mahdollisuus siirtyä mahdollisimman pian jatkohoitoon omalle paikkakunnalle lähelle omaisia. Tällöin terveyskeskuksesta lähtee hoitaja keskussairaalaan opettelemaan esimerkiksi kipulääkettä epiduraalitalaan annostelevan perfuusiopumpun käyttöä. Näin potilas voi siirtyä turvallisesti Himangalle, vaikka edellä mainittu hoito ei olekaan tyypillistä terveyskeskushoitoa.

Yhteisillä sopimuksilla joustoa ja solidaarisuutta

Vuodeosaston henkilöstön työnkuva on moninainen. Hoitoa tarjotaan viikonloppuisin myös päivystyksistä tuleville potilaille. Valo- ja astmahoitaja annetaan vuodeosastolla, jolloin keskussairaalan poliklinikkakäynnit vähenevät. Vuodeosaston palveluita myydään myös naapurikunnalle Lohdajalle vuodeosaston kuormituksen salliessa.

Lääkärtilanteen huonontuminen on vaikuttanut myös hoitajien työhön ja aiheuttanut muutoksia työvuoroihin. Jotta jatkuvassa muutoksessa pystytään toimimaan niin, että oikeudenmukaisuus toteutuu, vaaditaan tietyissä asioissa yhteisiä sopimuksia. Vuosilomissa noudatetaan vuorotteluperiaatetta, jonka mukaan kesäloman ajankohta määräytyy. Näin loman ajankohta on tiedossa vuosiksi eteenpäin.

-On reilua johtamista, että periaatteesta pidetään tiukasti kiinni. Toki työntekijät ammattiryhmittäin voivat keskenään vaihtaa lomiansa ajankohtaa, Anne Kurikkala kertoo.

-Yhteisesti sovitut periaatteet mahdollistavat myös joustoja ja työntekijöiden elämäntilanteet otetaan huomioon. Työnkuva voidaan räätälöidä esimerkiksi pitkältä sairauslomalta palaavalle. Jos joku ei tilapäisesti voi tehdä yövuoroja, toiset ottavat yhteisvastuullisesti yövuorot hoitaakseen.

Kuva 2.

Työterveyshoitaja Greta Tuikka, osastonhoitaja Anne Kurikkala ja vanhustyönjohtaja Aila Havunen suunnittelevat uintipulahdusta.



Työhyvinvointiohjelmalla jämäkkyyttä ja selkeyttä Kangasniemellä

Kangasniemien kunnassa Etelä-Savossa on otettu käyttöön työhyvinvointiohjelma, jonka kunnanvaltuusto hyväksyi keväällä 2006. Ohjelman kehittäminen oli aloitettu puolisen vuotta aikaisemmin. Kunnan työhyvinvointiryhmä sekä kaikki esimiehet työstivät ohjelmaa työpajamenetelmällä, josta pisteytyksen kautta tärkeimmiksi tavoitteiksi nousivat erilaisuuden hyväksyminen ja toisen kunnioittaminen, yhteisesti hyväksytyt pelisäännöt, mahdollisuus kehittää itseään ja työtään, tasainen työn kuormittavuus sekä avoin yhdessä tekemisen meininki.

-Tarvitsimme välineen, jonka avulla työyhteisön asioita voidaan käsitellä siellä, missä niitä ensisijaisesti kuuluukin käsitellä eli omassa organisaatiossa. Emme halunneet lähteä ongelmakehille, vaan etsimme tarvittavaa parannusta tavoitteiden ja pienemmiksi pilkottujen osatavoitteiden kautta, kertoo toimistopäällikkö Irmeli Suuronen.

-Tulin uutena työntekijänä kuntaan syksyllä 2004 ja muistan, kuinka kaipasin jonkinlaista konkreettista työvälinettä, jonka avulla pääsisi systeemiin kiinni. Työhyvinvointiohjelmasta sai avukseen kättä pidempää. Sillä saatiin lähiesimiehet ja työntekijät sitoutettua tiettyihin asioihin, jotta hoitaja Niina Kaukonen kertoo.

Kangasniemen työhyvinvointiohjelma on liitetty kunnan tulokorttiajatteluun ja sitä tarkennetaan vuosittain. Ohjelman seurannasta on vastannut kunnan tyky-ryhmä, mutta arviointia ja seurantaa on tarkoitus tehostaa vielä virallisen arviointiryhmän kokoontumisissa.

Työhyvinvointiohjelma on jämäköittänyt ja selkiyttänyt toimintaa. Suuren joukon ohjeistaminen on helpottunut, kun käyttöön on saatu yhtenäinen toimintamalli. Ongelmiin on helpompi puuttua varhaisessa vaiheessa, kun kaikissa kunnan työyhteisöissä käytetään samaa mallia.

-Meillä hoitopuolella työhyvinvointiohjelma on saatu toimimaan ihan ruohonjuuritasolla, käytännön työssä. Ohjelma on kaikkien työyhteisön jäsenten nähtävillä ja asiat käsitellään aina sen mukaisesti. Työyhteisön asiat on helpompi ottaa puheeksi, kun esimiehellä on mallin mukaisesti jopa velvollisuus siihen, sanoo Niina Kaukonen.

Pienin askelin eteenpäin

Työhyvinvoinnin kehittäminen on pitkän tähtäimen toimintaa. Ohjelman päämääränä on herättää kunnan työntekijöitten oma motiivi itsensä kehittämiseen. Koulutusmahdollisuuksiin on kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Koulutus on suunnitelmallista ja tavoitteellista, sen pitää liittyä henkilön omaan ammatilliseen kehittymiseen sekä hyödyttää koko työyhteisöä.

-Meidän kokemuksemme on pääsääntöisesti ollut myönteinen. Olemme huomanneet, että eritoten henkilöstöön kannattaa panostaa. Nyt meillä on kasassa hyvä kokonaisuus erilaisia sisäisiä kehittämistoimenpiteitä. Niukoja resurssejakin on kohdennettu työhyvinvoinnin lisäämiseen, eikä tässä varmaankaan ihan metsään ole menty. Näillä asioilla on oma vaikutuksensa esimerkiksi rekrytointitilanteissa, kyllä ne osaltaan ovat rakentamassa kunnan positiivista imagoa, perusturvajohtaja Markku Tuunainen pohtii.

Työhyvinvointiohjelman eteenpäin vieminen on tapahtunut askel askelelta eikä se ole koko ajan ollut helppoa.

-Tällaisen ohjelman käyttöönotto ei käy hetkessä. Tyky-ryhmältä meinas välillä jo usko loppua ja nenillekin on matkan varrella tullut. Kunnanhallituksen ja -valtuuston hyväksynnän kautta ohjelma saatiin kuitenkin rullaamaan ja nyt ollaan seesteisemmässä vaiheessa.

-Ohjelman myötä kauan vireillä ollut tasa-arvosuunnitelma saatiin toteutettua. Toimintasäntö uusittiin ja virkavapausasioihin saatiin pelisäännöt. Kehityskeskustelut aiotaan ajantasaistaa. Kehitteillä on myös varhaisen välittämisen malli.

Vaikka paljon on jo saatu aikaan, riittää työhyvinvointiasioissa vielä sarkaa kynnettäväksi.

-Jatkokehittämisen kohteita ovat vuorovaikutus- ja alaistaidot. Palautteen antamista ja vastaanottamista täytyy harjoitella, samoin itsensä johtamista.

-Yritystä on ollut kovasti ja koko ajan olemme korvat höröllä uusien ideoiden suhteen.

Kuva 3

Perushoitaja Mirja Friman ja lähihoitaja Satu Hurskainen työskentelevät Kangasniemen vanhainkodissa. Työhyvinvointiohjelman myötä myös työntekijät tietävät, miten asioita viedään eteenpäin.



3.5 Käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot

3.5.1 Lainsäädännön vaatimukset

Työpisteen rakenteet sekä käytettävät työvälineet on valittava, mitoitettava ja sijoitettava työn luonne ja työntekijän edellytykset huomioon ottaen ergonomisesti asianmukaisella tavalla. Aina tämä ei ole mahdollista, jolloin työturvallisuudesta on huolehdittava muulla tavoin. Työpisteeseen ja työvälineisiin kuuluu esimerkiksi koneita, työkaluja, laitteita, kalusteita, laitteistoja ja muita tarvikkeita. Ergonomisesti oikein valituilla, asennetuilla ja käytetyillä työvälineillä ehkäistään ennen kaikkea tuki- ja liikuntaelinten haitallista kuormittumista ja sairauksia.

Työtä tulee tarvittaessa keventää apuvälinein. Käsin tehtäviä raskaita nostoja ja siirtoja on kevennettävä apuvälinein siten, että nostotyö voidaan suorittaa mahdollisimman turvallisesti. Työnantajan

on myös huolehdittava, että nostolaitteen käyttö ei aiheuta työntekijän turvallisuudelle ja terveydelle haittaa tai vaaraa. Nostoapuvälineitä esimerkiksi potilasnostoihin käytettäessä on huomattava apuvälineen käyttöominaisuuksien ja turvallisuuden lisäksi esimerkiksi nosto- ja siirtotilan mitoitus, apuvälineen soveltuvuus nostoon ja käyttäjien osaaminen.

3.5.2 Ongelmat

Potilaiden siirrot ovat riippuvaisia heidän määrästään ja hoitoisuusluokastaan. Siirtojen määrään vaikuttaa myös tilojen asianmukaisuus ja apuvälineiden käyttömahdollisuus. Kuten edellä on käynyt ilmi, hoidettavien määrä on kasvanut ilman että tilat olisivat suurentuneet. Tämän vuoksi siirtojen määrä on lisääntynyt ja joissakin tapauksissa työ on näiltä osin muuttunut raskaammaksi.

Henkilökunnan rajallisen määrän vuoksi ei työparia siirtoon ole aina saatavissa. Myös työympäristö, esimerkiksi kesällä kuumuus lisää siirtotyön kuormittavuutta. Sairaalatyössä toisaalta vajaakuntoisten työntekijöiden määrä on lisääntynyt. Heillä mm. nostamistyön tekemistä on rajoitettu fyysisen synn vuoksi.

Kaikki työntekijät eivät myöskään halua käyttää apuvälineitä vaikka niitä olisi käytettävissä. Kaikki eivät ole toisaalta osallistuneet potilassiirtoergonomian koulutukseen. Itse arvioitu siirto-osaimisen taso ei juuri ole noussut. Kotihoitotyön lisääntyminen on myös lisännyt siirtotyön ergonomisia ongelmia.

Tuki- ja liikuntaelinvaivat aiheuttavat paljon käyntejä työterveyshuollossa, samoin työkyvyttömyyseläketapauksia.

3.5.3 Toimenpiteet

Siirtoapuvälineiden määrä on selvästi lisääntynyt, vaikka niiden tehokasta käyttöä vähentävät ahtaat ja epäasianmukaiset työskentelytilat. Potilassiirtoergonomian opetusta on järjestetty lähes jokaisessa toimipisteessä. Toimenpiteiden merkityksestä huolimatta on käynyt ilmi, että työpaikkaselvitykset ovat olleet puutteellisia, joten niiden parantamiseen ja jälkivalvontaan on kiinnitetty vakavaa huomiota. Työterveyshuollon ohjeet ovat usein myös jääneet yleiselle tasolle.

Toisaalta on huomattava, että valtakunnallisista hankkeista 1990-luvulla on jäänyt paljon osaamista ja asiantuntemusta hoitolaitosten käyttöön.

Sairaalakalusteisiin on panostettu. Esimerkiksi hoitosängyt pyritään muuttamaan sähköisiksi sitä mukaa kuin taloudelliset resurssit antavat siihen mahdollisuuden. Opetussairaaloiden työmallit ja hoitolaitteet ovat muuttumassa tavallisiksi käytännöiksi myös muissa terveydenhoidon toimipisteissä ajanmukaisen koulutuksen saaneiden uusien työntekijöiden myötä.

Työterveyshuoltojen mahdollisuudet arvioida vaaroja ja auttaa yksityisiä työntekijöitä ovat parantuneet työfysioterapeuttien määrän ja asiantuntemuksen lisääntyessä.

3.5.4 Muutokset hankkeen aikana

Työpaikkojen kykyä arvioida työtapoja sekä hylätä niistä virheellisiä ja vanhanaikaisia on lisääntynyt. Työterveyshuoltojen asiantuntemus on myös selkeästi lisääntynyt. Rakennusten puutteita on pyritty korjaamaan, mutta usein esimerkiksi asianmukaisten WC-tilojen rakentaminen olemassa olevaan tilaan ei ole ollut mahdollista. Työn apuvälineitä on hankittu lisää ja mm. katonostureita on asennettu systemaattisesti muutostöiden yhteydessä. Kun tilojen suunnittelussa on huomioitu apuvälineiden käyttö, ovat nostot ja siirrot keveämpiä suorittaa.

Siirtoergonomian koulutusta on lisätty kaikissa työyksiköissä. Samoin on parannettu työpaikkaselvitysten tasoa. Näyttää siltä, että siirtoihin liittyvät ongelmat ovat edelleen merkittäviä, mutta niihin on alettu puuttua sekä järjestelmän että työntekijän tasolla.

3.5.5 Tulevaisuuden näkymiä

Siirtojen osuus ei ole vähenemässä terveydenhoitotyössä. Ajanmukainen potilassiirtotekniikoiden koulutusrekisteri voisi tuoda selkeyttä siirtoergonomian koulutuksen kirjavuuteen. Se voisi myös helpottaa vanhojen ja puutteelliseksi havaittujen menetelmien hylkäämistä. Tämä helpottaisi myös valvontaviranomaisen työtä sen arvioidessa työpaikkaselvityksen sisältämää ongelman arviointia ja työterveyshuollon ehdottamia toimenpiteitä.

Työpaikoilla pitäisi kiinnittää enemmän huomiota oikeisiin työtapoihin ja työvälineiden oikeaan käyttöön sekä puuttua aina ohjeiden vastaiseen toimintaan ja väärin työtapoihin. Hoitohenkilöstö arvioi itse osaamisensa hyväksi, mutta asiantuntijat ovat eri mieltä nostoista ja siirroista. Koulutuksesta annettava todistus voisi olla esimerkiksi ns. potilassiirtokortti.

Työfysioterapeuttien tai erityisten koulutusvastaavien käyttöä siirtoergonomian opetuksessa tulee laajentaa. Opetusta tulisi myös nykyistä useammin toistaa. Työterveyshuollon toimintasuunnitelmiin tulisi lisätä erityisenä kohtana siirtotapojen systemaattinen seuraaminen. Seuraamiskohteisiin voisi kuulua siirtojen taajuus työvuoron aikana, potilaiden hoitoisuusluokitus, havainnointu siirtotapa ja apuvälineiden asianmukainen käyttö. Seuraamisesta vastuullinen voisi olla lähiesimies, siirtokouluttaja, työterveyshuollon työfysioterapeutti jne. Työsuojeluviranomainen voisi ottaa tämän entistä paremmin huomioon työpaikkaselvityksiä tarkasteltaessa.

Työsuojelutarkastajien mielestä tulee nykyistä enemmän tarkastella oppilaitosten opetuksen laatua ja sisältöä sekä kiinnittää huomiota niistä valmistuvien taitoihin.

Satakunnan sairaanhoitopiirissä hallitaan potilassiirrot

Satakunnan sairaanhoitopiirissä on otettu keväällä 2006 käyttöön neljä erilaista työsuojelun hallintamallia, joiden tarkoituksena on lisätä henkilökunnan jaksamista ja työhyvinvointia.

Sykyksen hallintamallien kehittämiseksi antoi työsuojelun valvontalaki sekä terveydenhuollon työsuojelun valvontahanke. Hallintamallien käyttöönotossa on vielä sisäänajovaihe menossa, mutta kaikki mallit ovat kuitenkin jo jollakin tapaa käytössä.

Yksi hallintamalleista käsittelee potilassiirtoja ja -nostoja. Potilassiirtokoulutusta on Satakunnan keskussairaalassa järjestetty ennenkin, mutta nyt koulutus on suunnitelmallisempaa ja järjestelmällisempää.

-Tavoitteena on, että kaikilla osastoilla järjestetään koulutukset kolmen vuoden välein, työfysioterapeutti Kati Haula kertoo. Toisaalta uusille työntekijöille pitäisi olla koulutusta tarjolla non-stopina perehdyttämisen yhteydessä. Vastavalmistuneiden hoitajien osaaminen potilassiirroissa ja -nostoissa voi olla hataraa, sillä opiskelu on hyvin teoreettista ja käytännön työtavat opitaan työpaikalla. Terveystieteiden oppilaitoksissa saataan jopa opettaa ergonomisesti väärä tekniikoita eikä opettajilla aina ole viimeistä tietoa potilassiirroista.

-Tarve oikeiden potilassiirtotekniikoiden opettamiselle on suuri, sillä hoitajien työ käy yhä raskaammaksi potilaiden ollessa entistä huonokuntoisempia ja ylipainoisempia. Ne osastot, joilla on kaikkein huonokuntoisimpia potilaita kuormittuvat tietysti eniten.

-Koulutus on kaksivaiheinen: ensin on kahden tunnin teoreettisempi osuus, myöhemmin käydään tunnin pituinen kertaus- ja harjoitteluosio. Liikkeelle lähdetään aivan ruohonjuuritasolta. Kaiken a ja o on kehon hallinta: jalkojen käyttö ja painonsiirto sen sijaan että työ tehtäisiin ylävartalolla ja vielä kiertyneessä asennossa, Kati Haula painottaa.

Pilottiosasto A6: pelkkää hyvää sanottavaa

Keskussairaalan sisätautien osasto A6 on ollut potilassiirto-ohjelman pilottina. Aiemmin osastolla oli yksi siirtovastaava, mutta hän ei yksin pystynyt huolehtimaan kaikkien työntekijöiden työtavoista. Potilassiirtokoulutuksen myötä koko osasto on saanut oppia oikeista tekniikoista.

-Koulutus on tullut todella tarpeeseen ja sillä on ollut äärettömän suuri motivoiva vaikutus. Se herätti huomaamaan, kuinka suuri vaikutus pieniltä vaikuttavilla asioilla voi olla, kertovat koulutukseen osallistuneet osastonhoitaja Eija Koivisto ja sairaanhoitaja Leena Jokinen-Anttila.

-Koulutuksen myötä vastuullisuus omasta ja työtoverin työterveydestä on lisääntynyt ja apua uskalletaan pyytää entistä herkemmin. Koko osastolta on tullut koulutuksesta pelkkää positiivista palautetta.

Kati Haulan mukaan osasto A6:lle potilassiirtokoulutuksen ”markkinoinen” oli helppoa. Osaston ilmapiiri on hyvä, jolloin maaperä koulutuksellekin oli otollinen.

-Sairaalityön hektisyydessä oikeat työtekniikat voivat helposti unohtua, mutta käytännön työssä yritetään muistella koulutuksen antia. Omalla kohdallani issiasvaivat pelästyttivät, sen jälkeen havahduin miettimään omien työtapojeni terveellisyttä, Leena Jokinen-Anttila kertoo.

-Apuvälineitä käytetään aiempaa useammin ja esimerkiksi potilasta suihkuun viettäessä on siirtolakana yleensä käytössä. Myös potilaat suhtautuvat apuvälineisiin hyvin, monilla on kotonakin apuvälineitä käytössä.

Ergonomiaa myös työaikoihin

Oikeaoppisten siirtotekniikoiden lisäksi hoitajien jaksamista lisätään Satakunnan sairaanhoitopiirissä ergonomisilla työajoilla, jotka ovat olleet yhdellä osastolla kaksi vuotta käytössä.

-Ergonomiset työajat tarkoittavat sitä, että työvuorot kiertävät eteenpäin. Aamuvuoron jälkeen tulee iltavuoro ja iltavuoron jälkeen yövuoro. Kutakin vuoroa on aina muutama peräkkäin. Perinteisessä ilt-aamu -systeemissä saattaa vaikuttaa, että vapaa-aikaa jäisi enemmän, mutta eteenpäin kiertävät työvuorot ovat ihmiselle fysiologisesti luontaisempi vaihtoehto. Kokeiluosastolla uusi systeemi on huomattu paremmaksi ja sen on koettu auttavan paljonkin jaksamiseen, ylihoitaja Kirsti Siikarla kertoo.

Tavoitteena on päästä ergonomisten työaikojen kautta työaika-autonomiaan, jossa työntekijät itse suunnittelevat omat työvuoronsa, annetuissa rajoissa tietenkin.

-Näin voidaan jopa säästää työaika. Perinteisessä systeemissä joku ensin suunnittelee työvuorot, sen jälkeen tulevat valitukset ja muutokset. Kun työntekijät suunnittelevat itse omat työvuoronsa, voidaan huomioida toivomukset ja käydä neuvottelut samanaikaisesti.

Kuva 4.

Sairaanhoitaja Leena Jokinen-Anttila näyttää mallia oikeasta siirtotekniikasta. ”Potilaana” osastonhoitaja Eija Koivisto.



3.6 Työsuojelutarkastajien arvio kokonaistilanteesta

Hankkeessa mukana olleet työsuojelutarkastajat arvioivat kokonaistilannetta edellä esitettyjen seikkojen osalta. Henkilöstö jaettiin lääkäreihin, hoitohenkilöstöön, väliportaan esimiehiin hoitohenkilöstön osalta sekä muihin henkilöihin.

Työsuojelutarkastajat arvioivat haitallisen henkisen kuormittamisen merkittävimmäksi tekijäksi. Eniten se kohdistuu hoitohenkilöstöön ja väliportaan esimiehiin. Lääkäreillä haitallisen henkisen kuormittamisen arvioitiin aiheuttavan selviä haittavaikutuksia.

Tarkastajien arvion mukaan myös käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot aiheuttavat merkittäviä haittavaikutuksia hoitohenkilöstölle.

Sekä lääkärit että hoitohenkilöstö kokevat asiakasväkivallan ja sen uhan haitallisena. Työsuojelutarkastajat arvioivat väkivallan uhan aiheuttavan selviä haittavaikutuksia työntekijöiden turvallisuudelle ja terveydelle.

Kuvio 3. Kokonaistilanteen arvio

	Asiakasväkivallan uhka	Haitallinen henkinen kuormitus	Häirintä ja epäasiallinen kohtelu	Käsin tehtävät raskaat nostot ja siirrot
Lääkärit	●	●	●	●
Hoitohenkilöstö	●	●	●	●
- väliportaan esimiehet	●	●	●	●
Muut	●	●	●	●

- Ei aiheuta haittaa tai vaaraa terveydelle tai turvallisuudelle
- Lieviä haittavaikutuksia
- Selviä haittavaikutuksia
- Merkittäviä haittavaikutuksia
- Erittäin paljon haittavaikutuksia

3.7 Työterveyshuolto

Työterveyshuoltoyksiköiden organisoituminen uudelleen suuremmiksi kokonaisuusiksi on ollut tyypillinen piirre hankkeen aikana. Nämä muutokset ovat ainakin tilapäisesti vaikuttaneet työterveyshuoltojen päivittäiseen työhön. Samalla työterveyshuoltoihin on saatu lisää tarvittavia työfysioterapeutin ja työpsykologin palveluita.

Isot yksityiset työterveyshuoltoyksiköt kykenevät tarjoamaan johdonmukaisempaa palvelua, kuten kuormittumiseen, ikääntymi-

seen ja työkyvyn arviointiin liittyviä selvityksiä. Samaan aikaan pienet kunnalliset työterveyshuollon yksiköt eivät tiedä, mitä pitäisi tehdä, kun työpaikka pyytää apua kuormittumisasioissa. Yksiköstä voi puuttua jopa lääkäri tai lääkärin palvelut ostetaan ulkoa, jolloin henkilö voi vaihtua useinkin.

Laadullisesti työterveyshuoltojen toiminta ei ole kaikkialla parantunut. Usein työpaikkaselvitykset puuttuvat kokonaan tai niissä on aukkoja. Haitallisen henkisen kuormittumisen vaaraa ei juurikaan arvioida, siirtoergonomisia analyyseja on harvoin ja niiden sijasta suositellaan vain apuvälineiden hankintaa. Terveystarkastukset toteutuvat vaihtelevasti valtakunnan eri osissa.

Yksityisen omistamalta työterveyshuollolta saadut palvelut tahtovat keskittyä sairaanhoitoon, kun taas kunnallisten keskusten on aina otettava huomioon omien kunnallisten päättäjiensä toiveet mm. parannusehdotuksia antaessaan.

Yhtenäistäminen tasapuolistaa työterveyshuoltoa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin työterveyshuollossa ovat puhaltaneet muutoksen tuulet. Työterveyshuollon organisaatio on suunniteltu kokonaan uusiksi vuoden 2008 alusta alkaen. Sairaanhoitopiirin työterveyshuollon eri toimintoja yhdistetään ja ennen kaikkea yhtenäistetään. Tarkoituksena on saada samantasoista palvelua eri toimipisteiden työntekijöille.

-Vanha käytäntö oli sekava. Monet yksiköt tekivät omat toimintasuunnitelmansa ja tilasivat työterveyshuollon palvelut eri toimijoilta. Se ei ollut järkevää. Uudessa mallissa koko piirin yhteinen, keskitetty työterveyshuolto koordinoi sopimusten tekoa ja huolehtii, että työterveyshuollon palvelut ovat tasavertaiset kaikille sairaanhoitopiirin työntekijöille, kertoo uudistuksen suunnitellut työterveyshuollosta vastaava lääkäri Arto Haukijärvi Turun yliopistollisesta keskussairaalarasta.

TYKSin kantasairaalan ja erillisten tulosyksiköiden lisäksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluu Uudenkaupungin, Salon, Loimaan ja Turunmaan sairaalat. Aikaisemmin eri yksiköt tekivät omat työterveyshuoltoa koskevat toimintasuunnitelmansa, mutta uudessa organisaatiomallissa selvittää yhdellä toimintasuunnitelmalla.

Sykäyksen uudistustyön käynnistymiselle antoi Turun ja Porin työsuojelupiiriin tarkastaja Ulla Tuominen. Miksi tehdä samaa asiaa monessa paikassa yhtä aikaa, kun kuitenkin työnantaja on sama, kyseenalaisti Ulla Tuominen vanhaa mallia. Asiaa oli kyllä pohdittu aiemminkin, mutta terveydenhuollon työsuojelun valvontahankkeen myötä uuden toimintamallin

suunnittelu lähti tosissaan liikkeelle. Uudistuksen nopeasta etenemisestä Arto Haukijärvi antaa kiitosta myös sairaanhoitopiirin johdolle.

-Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin johtaja Aki Linden pyysi minua helmikuun alussa 2007 johtoryhmään esittelemään mallia. Samaan aikaan asetettiin työterveyshuollon neuvottelukunta, jonka tehtävänä on kehittää yhtenäistä toimintakulttuuria, linjata työterveyshuollon resursseja ja painopisteitä, kehittää toimintasuunnitelmaa sekä seurata työterveyshuollon laatua ja tehokkuutta, Arto Haukijärvi kertoo.

Suuret odotukset

Työterveyshuollon uudistuksessa johtajatuksena on ollut Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian mukainen toiminta: tavoitteena on osaava ja hyvinvoiva henkilöstö.

-Meiltä odotetaan nyt paljon. Aluksi pienet yksiköt pelkäsivät, että TYKS imee kaiken, mutta pelko oli turha. Työterveyshuoltopalvelut annetaan jatkossakin lähellä työpaikkoja. Esimerkiksi työfysioterapeutin ja työpsykologin palveluita ei tähän mennessä ole ollut kaikissa toimipisteissä saatavana, mutta nyt asiaan pyritään saamaan korjaus.

Suurista sairaanhoitopiireistä yhtenäinen työterveyshuolto on HUSilla, Pirkanmaan sairaanhoitopiirillä ja nyt Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirillä.

-Suuruus sinänsä ei ole itse tarkoitus, mutta poikkeuksetta yhteinen malli on kokonaistaloudellisestiärkevin ratkaisu ja sillä saadaan paras mahdollinen synergiaetu. Näitä asioita ei voida ratkaista pelkästään henkilökuntaa lisäämällä, vaan täytyy miettiä, tehdäänkö asioita oikealla tavalla. Saamme varmasti paremman lopputuloksen ja hyödyn jo ilman mitään resurssilisäyksiäkään, Haukijärvi uskoo.

Työsuojeluyhteistyö jämäköity

TYKSissä on viime vuosina kiinnitetty huomiota myös työsuojeluyhteistyöhön. Päätoiminen työsuojelupäällikkö saatiin vuonna 2001, päätoimisia työsuojeluvaltuutettuja on kaksi. Työpaikkaselvitykset tehdään nykyään uudella, huomattavasti kevennetyllä mallilla.

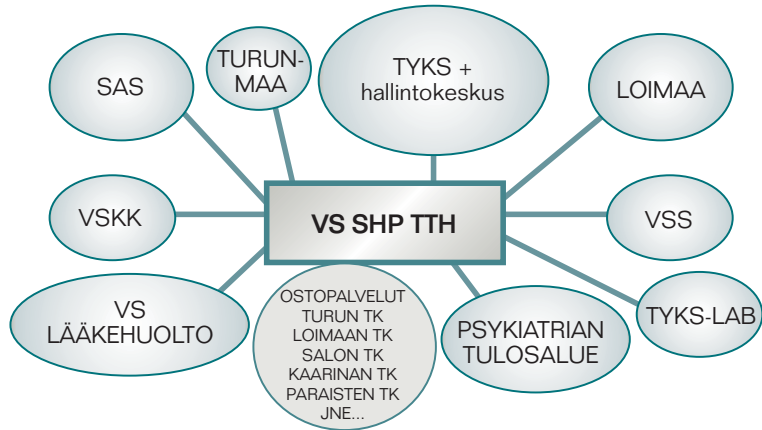
-Työpaikkaselvityksemme olivat aiemmin erittäin perusteellisia, mutta aivan liian raskaita. Selvitykset pitäisi tehdä viiden vuoden välein, mutta ne olivat osittain vanhentuneita, sillä kaikkien 250 toimipisteen läpikäyminen olisi vienyt neljännesvuosisadan.

Työsuojelu- ja työterveyshuoltohenkilöstön yhteistyö on tehostunut. Yhteistyön tavoitteena on työpaikan tarpeiden arviointi, toiminnan suunnittelu, vaikutusten aikaansaaminen sekä seuranta, arviointi ja laadun jatkuva parantaminen.

-Esimerkiksi yötyötä tekeville on aloitettu säännölliset terveystarkastukset, koska nykytulkinnan mukaan yötyö katsotaan erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavaksi työksi.

Kuvio 4.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin uudistetussa työterveyshuoltomallissa sopimukset eri osapuolten välillä tehdään hallintokeskukseen kuuluvan työterveyshuollon koordinoimana.



4. YHTEENVETO

Terveydenhuollon työsuojelussa muutos hankkeen aikana on ollut selvästi parempaan päin. Työoloissa, työturvallisuudessa ja työterveydessä on moni asia kehittynyt myönteisesti. Tähän voi nähdä ainakin kahden asian vaikuttaneen huomattavasti. Työturvallisuuslain uudistus, joka tuli voimaan vuonna 2003, edellyttää työnantajilta entistä selkeämmin vastuunottoa turvallisuudesta työpaikoilla ja se sisältää kokonaisvaltaisemman turvallisuuden hallinnan vaatimukset kuin aiemmin on edellytetty. Kun tähän uudistukseen yhdistetään valtakunnallinen, tehokas valvonta, jota on koordinoitusti johdettu koko maassa samankaltaisena, on myös se ollut huomattava myötävaikuttaja uudistukseen työpaikoilla.

Valvontalain muutos vuonna 2006 on myötävaikuttanut hankkeen tuloksiin monellakin tavalla. Valvontalain muutoksen tavoitteena oli jäməköittää valvontaa ja tehostaa työpaikkatarkastuksia. Tarkastajalla on paremmat vaikutusmahdollisuudet työsuojelutarkastuksilla uuden lain myötä. Se on vaikuttanut työpaikalla tehtyihin parannuksiin sekä fyysisissä työoloissa että työsuojelun hallintajärjestelmissä.

Lähtökohtien ja tavoitteiden selvittäminen työnantajajärjestölle ja yhteistyö hankkeen avauksessa oli hedelmällistä. Viesti ylimmälle johdolle ja myös poliittisille päättäjille saatiin hyvin perille, mikä auttaa strategisen tavoitteen toteutumista pitkällä aikavälillä. Yhteistyö ja tiedottaminen työntekijäjärjestöjen kanssa on ollut aktiivista ja se on ollut tärkeää hankkeen toteutumisen kannalta.

Työsuojelutoiminta on parantunut yleisesti. Ylin johto ymmärtää paremmin oman vastuunsa henkilöstönsä hyvinvoinnista ja näkee omat vaikuttamisen mahdollisuutensa. Linjaesimien toiminta työturvallisuusasioissa on kehittynyt myönteisempään suuntaan. Usein työsuojelun asiantuntijat toimivat työpaikoilla oman työnsä ohella asiamiehinä tai valtuutettuina, joten heillä on luonnollisesti rajalliset mahdollisuudet tehdä kehittämistyötä työsuojelun tilan parantamiseksi.

Asiakasväkivallan ja sen uhan eteen työpaikoilla on tehty paljon uudistuksia. Ensinnäkin uhka ymmärretään paremmin kuin ennen

hanketta ja siihen pyritään nyt varautumaan. Kulunvalvontaa on kehitetty hankkeen aikana. Tilajärjestelyissä otetaan väkivalta huomioon, samoin turvamiesten käyttö on lisääntynyt. Ammattiryhmi- en yhteistyö väkivallan ja sen uhan torjumiseksi on parantunut.

Toisaalta asiakaskunnan lisääntynyt päihteiden käyttö ja yleisty- nyt häiriökäyttäytyminen pitää ongelman edelleen vakavana. Väki- valtatilanteiden käsittely, rekisteröinti ja matala puuttumiskynnys ovat seikkoja, joita tulee kehittää.

Häirinnän ja epäasiallisen kohtelun poistamiseksi on luotu toi- mintamalleja ja ongelman käsittelemiseksi on tehty ohjeita. Ongel- ma ymmärretään entistä paremmin työpaikoilla ja ongelmia osataan käsitellä paremmin. Taito tunnistaa ongelma työpaikoilla ja tieto sii- tä, kuinka pitää toimia on lisännyt työtyytyväisyyttä työntekijöissä ja esimiehissä.

Haitallinen henkinen kuormittuminen on yhä tärkeämpi työsuo- jeluasia tulevaisuudessa, kun vielä ajatellaan resurssien niukkuutta. Ongelmaa toisaalta ymmärretään paremmin, toisaalta siihen on voi- tu suhtautua vähättelevästi ja jopa yksilöä syyllistäen. Työn aiheut- tamaa kuormittumista osataan suunnitella paremmin, mutta vielä pitää kehittää oikeaa tapaa hallita ja vähentää haitallista henkistä kuormittumista.

Tekniset ratkaisut ja apuvälineet ovat auttaneet keventämään kä- sin tehtäviä raskaita nostoja ja siirtoja. Raskaat nostot ja siirrot kuu- luvat hoitotyöhön eikä niitä voi kokonaan poistaa. Oikea koulutus on tärkeää, samoin jatkuva tekninen kehittäminen, mutta myös apuväli- neiden ja oikeiden nostotapojen tarkkailu on olennaista ongelmien hallinnassa.

Tarkastajan havaintoja terveydenhuollon työsuojelusta vuosien varrelta

Aloitin työurani vuonna 1959 kunnanlääkärin piikana. Neljän vuosikym- menen työkokemus terveydenhuollon kentällä on herättänyt joitakin aja- tuksia alan työsuojelun historiasta.

Jo 1960-luvulla työ terveydenhuollossa oli kiireistä ja kuormittavaa. Väkivaltakäyttäytymistäkin ilmeni: yksi potilas oli marssinut vastaanotolle

sirpin kanssa ja toisella oli mukanaan kirves. Hallintajärjestelmät olivat hieman toisenlaiset kuin nykyään, silloin mentiin karkuun.

1970-luvulla rakennettiin uusia terveyskeskuksia. Suunnitteluun ja ergonomiaan alettiin kiinnittää huomiota, vaikka niissä olikin puutteita. Tilat olivat ahtaita ja ilmanvaihto oli huono. Tuolloin alkoi tulla käyttöön sänkyjä, joita voitiin mekaanisesti nostaa ja laskea päädyistä. Myös geriatria tuoleja saatiin käyttöön. Ne olivat potilaille hyviä, mutta mallinsa vuoksi melko hankalia ja tapaturmavaarallisia henkilökunnalle.

Yleisesti 1970-luvulla oli valtava henkilöstöpula. Hoitohenkilökunta saattoi tehdä ensin aamuvuoron ja kun iltavuoroon ei saatu riittävästi väkeä, niin työvuoro saattoi jatkua myöhään iltaan, joskus jopa aamuun asti. Kahta peräkkäistä vuoroa tehtiin useasti. Tänä päivänä kuuluu samantapaisia viestejä.

1970- ja 1980-luvuilla olin työsuojeluvaltuutettuna ja pääluottamusmiehenä. Lisäksi olin mukana politiikassa ja päättäjänä lautakuntatasolla. Tuolloin olivat esillä samat asiat ja ongelmat kuin nytkin: raha, henkilöstön vähyys, asenteet ja johtamistaitojen kirjo. Noina vuosina ei työntekijää juurikaan kuunneltu, vaikka asioita mietittiinkin niin, että turvallisuus-elementit olisivat hyvin täyttyneet. Kaupunkimme työsuojeluorganisaatio oli perustettu 1975. Toiminta oli jämäkkää: oli koulutusta ja työpaikkakäyntejä. 1970-luvulla tehtiin hyvää yhteistyötä työterveyshuollon kanssa, ja lääkäri oli kiinnostunut henkilöstön hyvinvoinnista.

1980-luvulla oli jonkin aikaa riittävästi henkilökuntaa. Isompia ongelmia ei ollut. Hiukan oli jo näköpiirissä nykylain mukaista kiusantekoa tai häirintää, syynä lienee kilpailu työpaikoista. Kuormitustekijöitä alettiin tunnustaa ja esimerkiksi jo 1970-luvun lopulla käynnistettiin taukojummat. Henkiseen kuormittavuuteen haettiin helpotusta yhteisillä virkistyspäivillä ja pyrittiin avoimemmin keskustelemaan ongelmista. Edelleen oli ergonomian suhteen isoja ongelmia, nostotyön koulutusta ei juurikaan järjestetty. Osasyynä oli se, että hoitajat kokivat olevansa niin koulutettuja, etteivät oppia tarvinneet. Nostoapuvälineitä ei oikeastaan ollut, poikkilakanoita eli poikkareita ja vöitä kylläkin sekä hyvät kylvetyskärryt. Väkivaltakäytäytyminen lisääntyi selvästi 80-luvulle tultaessa, tosin sitä ei vielä erikoisemmin tunnustettu. Väkivallan ajateltiin jotenkin kuuluvan ammattiin.

1990-luvulta lähtien aloin katsella terveydenhuoltoa työsuojelutarkastajan näkökulmasta. Heti vuosikymmenen alussa tuli lama vastaan ja kaikesta ryhdyttiin tinkimään. Lyhyille poissaoloille ei otettu sijaisia, hankintoja ei tehty, korjausmäärärahoja ei ollut ja rahaa koulutukseen oli niukasti. Tuolloin terveystoimissa oli hyvin "hiljaista" porukkaa, kaikille oli painotettu laman merkitys; rahaa ei ollut. Työntekijät uurastivat enemmän kuin jaksoivat. Ristiriitoja ei kuitenkaan ollut eikä poissaolojakaan ihan mahdottomasti. Laman seuraukset sen sijaan huomasi työpaikkatarastuksilla. Tilat alkoivat rapistua ja henkilöstö niiden mukana.

1990-luvun puolivälissä oli valtakunnallinen HOIVA – HOITO -hanke STM:n vetämänä. Sen raportti osoitti, että ergonomia-asioihin tuli puhtia: apuvälineitä hankittiin, koulutusmalleja paranneltiin ja ensimmäisiä fysioterapeutteja alkoi tulla myös kuntien työterveyshuoltoon.

Hieman huvittavalla tavalla sain kokea esimerkin siitä, miten henkilöstöä kuunnellaan ja kuullaan. Olin työsuojeluvalltuutettuna esittänyt muutamia korjattavia asioita 80-luvun alussa terveystoimen esimiehille. Mitään ei kuitenkaan tapahtunut. Kun sitten tein samat esitykset työsuojelutarkastajana, niin asioita alettiin heti korjata. Samantapaista oli kunnissa joka puolella.

Tänä päivänä henkilöstön poissaolot terveydenhoidossa vain kasvavat, sosiaalitoimen puolella vielä reippaammin. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat jonkin verran eläköitymistä, mutta mikä harmittavinta, uupumiset ja mielenterveysongelmat ovat nousseet voimakkaasti esille. Nyt ovat kuitenkin jo apuvälinearsenaalit suhteellisen hyviä, koulutukseen pääsee, toimintamalleja tehdään, väkivalta tiedostetaan ja ennakointiakin harrastetaan. Kuormitustekijöiden vaikea arviointi johtaa usein siihen, ettei niitä arvioida ollenkaan. Onneksi työterveyshuollot ovat ottaneet sen yhdeksi työkohteekseen.

*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.*

Työsuojelutarkastaja *Anna-Liisa Ihalainen*

LIITE

TILANNEARVIOINNIN PERUSTEET

100 pistettä

Turvallisuustoiminta on erinomaista. Se sisältää toiminnan itsearviointin ja voimakkaan kehittämiselementin. Henkilöstö tuntee turvallisuusasiat hyvin ja noudattaa sovittuja pelisääntöjä. Aloitetoiminta ja puutteiden tai läheltä piti -tilanteiden raportointi on aktiivista.

75 pistettä

Turvallisuustoiminnassa ei ole puutteita. Toiminnassa erottuu selkeästi halu kehittyä ja kehittää toimintaa. Seuranta ja raportointijärjestelmät ovat toimivia.

60 pistettä

Turvallisuutta arvostetaan, mutta sitä voidaan parantaa. Turvallisuusjärjestelmät eivät ole kovin kehittyneitä. Turvallisuusajattelua voidaan kehittää.

50 pistettä

Turvallisuustoiminta täyttää säädösten asettamat vaatimukset. Toiminnassa ja työoloissa lieviä puutteita. Tehdyt suunnitelmat ja asetetut tavoitteet eivät ole vielä muuttuneet jokapäiväiseksi käytännöksi. Tarkkailu ja seuranta eivät toimi kunnolla. Kehittämis-elementti vaatimaton.

40 pistettä

Turvallisuudessa selkeitä puutteita. Säädösten asettamat vaatimukset eivät täyty monin osin. Turvallisuusajattelu on kehittämätöntä. Turvallisuutta voidaan parantaa monin tavoin.

25 pistettä

Toiminnassa vakavia puutteita ja asenteellista välinpitämättömyyttä.

SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN SELVITYKSIÄ
ISSN 1236-2115
SOCIAL- OCH HÄLSOVÅRDSMINISTERIETS RAPPORTER
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 Terveysthuollon 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)

