



TAMPEREEN TEKNILLINEN YLIOPISTO
TAMPERE UNIVERSITY OF TECHNOLOGY

TATU UJULA
VAARA- JA HAITTATEKIJÖIDEN TUNNISTAMINEN
SAIRAALASSA

Diplomityö

Tarkastaja: professori Jouni Kivistö-
Rahnasto
Tarkastaja ja aihe hyväksytty 2.
toukokuuta 2018

TIIVISTELMÄ

TATU UJULA

Tampereen teknillinen yliopisto

Diplomityö, 71 sivua, 3 liitesivua

Toukokuu 2018

Tuotantotalouden diplomi-insinöörin tutkinto-ohjelma

Pääaine: Tuotantotalous: Turvallisuustekniikka ja -johtaminen

Tarkastaja: Professori Jouni Kivistö-Rahnasto

Avainsanat: työturvallisuus, riskienhallinta, sairaala, sosiaali- ja terveysala, psykososiaaliset riskit, fyysiset riskit

Tässä työssä tunnistettiin sairaalassa olevat työturvallisuuslain mukaiset keskeiset vaara- ja häirtatekijät. Työturvallisuuslain tarkoituksena on lain määritelmän mukaan parantaa työympäristöä sekä työntekijöiden työolosuhteita sekä samalla ehkäistä ammattitauteja, työtapaturmia ja muita työstä aiheutuvia fyysisiä ja psyykkisiä haittoja.

Tämän työn tutkimuskysymyksenä oli selvittää, mitä työturvallisuuslain vaara- ja häirtatekijöitä sosiaali- ja terveysalan työntekijöihin kohdistuu sekä miten näitä vaara- ja häirtatekijöitä parhaiten pystytään vähentämään. Tutkimuskysymystä lähdettiin selvittämään kolmen eri osatehtävän avulla. Dokumenttianalyysissä käytiin läpi jo tehdyt vaara- ja häirtakartoitukset organisaation asiakirjojen perusteella kahdelta eri toimialueella. Yhteensä näissä kartoituksissa oli lähes 3000 sairaalan työntekijää eri ammattialoilta. Tietokantojen analyysissä perehdyttiin tapaturmavakuutuskeskuksen eli TVK:n dokumentteihin siitä millaisia vaara- ja häirtatekijöitä suomalaisille työntekijöille on sattunut sosiaali- ja terveysalalla. Haastatteluissa keskityttiin Tampereen yliopistollisen sairaalan työntekijöiden ja turvallisuuden asiantuntijoiden näkökulman selvittämiseen. Haastatteluilla erityinen mielenkiinnon kohde oli erojen ja yhtäläisyyksien löytäminen dokumenttianalyysin ja tietokantojen analyysin kanssa.

Osatehtävien tuloksena saatiin monipuolinen käsitys niistä vaaroista, joita sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä uhkaa. Tuloksissa korostuivat yhtä lailla fyysiset kuin psyykkiset tekijät, vaikka kokonaisuutena psykososiaalisten riskien määrittäminen koettiin vaikeammaksi tehtäväksi. Tästä syystä erityisesti dokumenttianalyysissä psyykkiset tekijät jäivät turhan vähäiselle huomiolle. Kokonaisuutena väkivallan uhka oli keskeinen sairaalassa ollut tapaturmatyyppi, toinen suuri uhka oli työmatkaliikenne ja työtehtäviin liittyvä liikkuminen. Nostot ja työn riittämätön tauotus olivat myös osalle työntekijöistä merkittäviä kuormittavia tekijöitä.

ABSTRACT

TATU UJULA:

Tampere University of Technology
Master of Science Thesis, 71 pages, 3 Appendix pages
May 2018
Master's Degree Programme in Industrial Engineering
Major: Safety engineering and management
Examiner: Professor Jouni Kivistö-Rahnasto

Keywords: work safety, hospital, healthcare, physical risks, psychosocial risks

This Master's thesis was about identifying hazards in the hospital context. The basis of the thesis was Finnish work safety law and its requirements. Work safety law's purpose is, for example, to make a better working conditions for employees and prevent work related diseases and accidents.

This Master's thesis focused on identifying hazards and therefore finding ways how to prevent and subtract risks. This was achieved with three different assignments. First of them was all about studying past accidents in The Finnish Workers' Compensation Center in the internet. Second focused of hospitals recent risk analysis. Risk analysis gathered data from nearly 3000 workers. Third assignment was interviewing workers for more information and their experiences.

In the research was discovered that risks, that employees face in the hospital, are both physical and psychosocial. For example, commuting, slipping and fatigue are big problems for workers. Work related violence is one of the biggest trends. However more research is needed how to efficiently eliminate work-related violence.

ALKUSANAT

Tämä diplomityö tehtiin tutkimuskiinnostuksesta sosiaali- ja terveysalan vaara- ja haittatekijöitä kohtaan. Valitsin aiheen, koska opiskelen tuotantotalouden diplomi-insinöörin tutkinnon lisäksi yhteiskuntatieteen maisteriksi pääaineena sosiaalityö ja halusin löytää nämä kaksi alaa yhdistävän tutkimusaiheen. Aiheen valinnassa korostui myös sen merkittävyys: Työtapaturmien kehitys terveydenhuoltoalalla on ollut kasvusuunnassa, vaikka esimerkiksi teollisuudessa laskua on tilastojen mukaan viime vuosien aikana tapahtunut. Tämä kehityskulku on saatava pysähtymään ja kääntymään laskusuuntaan.

Työni rakentumisen kannalta keskeisiä olivat professori Jouni Kivistö-Rahnaston kommentit ja parannusehdotukset. Diplomityön tekeminen turvallisuustekniikan alalle oli minulle looginen valinta, olihan turvallisuustekniikka ollut syventävä pääaineeni tuotantotalouden tutkinnossa. Haluan osoittaa kiitokseni kaikille haastatteluihin osallistuneille työntekijöille. Kiitokset myös kaikille niille henkilöille, jotka mahdollistivat tutkimuksen läpiviennin yliopistollisessa sairaalassa ja auttoivat minua tutkimuslupaprosessien aikana.

Erityisesti haluan kiittää perhettäni ja muita läheisiäni diplomityön ja muiden opintojen aikana osoittamastaan tuesta. Toivottavasti teistäkin on hauska nähdä, kun työnteko kantaa tällä tavalla hedelmää.

Tampereella, 04.05.2018

Tatu Ujula

DIPLOMITYÖN SISÄLLYSLUETTELO

1.	JOHDANTO	1
2.	TYÖN TAUSTA JA TEORIA.....	5
2.1	Keskeisten työn riskienhallinnan käsitteiden määrittelyt.....	5
2.2	Vaarojen ja haittojen kannalta keskeinen lainsäädäntö.....	7
2.3	Sosiaali- ja terveysalan vaaroista ja haittatekijöistä tehty aikaisempi tutkimus	8
2.3.1	Kotimainen vaara- ja haittatekijöiden tutkimus on määrältään niukahkoa ja hajanaista	8
2.3.2	Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus huomioi monipuolisesti fyysisiä vaara- ja haittatekijöitä.....	11
2.3.3	Psykososiaaliset haittatekijät ovat monipuolinen riskin aiheuttaja sosiaali- ja terveysalalla	15
2.4	Mihin kysymyksiin aikaisempi tutkimus ei vastaa?.....	18
2.5	Miksi vaara- ja haittatekijät tulee huomioida nykyistä paremmin?	19
2.6	Sote-alan keskeiset vaarat ja terveysuhat tilastojen mukaan.....	20
3.	TYÖN KOHDE JA SOTE-ALAN OSATEKIJÄT.....	23
3.1	Työn kohteena olevan sairaalan ja kohdeaineiston yleiskuvaus	23
3.2	Diplomityön osatehtävät ja saatujen tulosten eteen tehtävä tulkintatyö	24
3.2.1	Dokumenttianalyysin yleiskuvaus	24
3.2.2	Tietokantojen analyysin yleiskuvaus	25
3.2.3	Haastattelujen yleiskuvaus.....	26
3.2.4	Haastatteluissa käytetyt kysymykset ja haastattelujen tulkintaprosessi.....	27
3.2.5	Taustoitus haastattelutilanteelle	28
3.2.6	Haastattelujen tulkintaprosessi.....	28
4.	TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU.....	30
4.1	Haastattelujen tulokset	30
4.2	Saatujen tulosten analysointi.....	39
4.2.1	Dokumenttianalyysin sisältö	40
4.2.2	Dokumenttianalyysin huomattavimpien riskien esittely.....	41
4.2.3	Dokumenttianalyysin perusteella tehtävät johtopäätökset.....	44
4.2.4	Tietokantojen analyysin tärkeimmät tulokset sosiaali- ja terveysalan kuntasektorilla	46
4.2.5	Tietokantojen analyysin tulokset sosiaali- ja terveyspalveluiden yksityisellä sektorilla.....	47
4.2.6	Tietokantojen analyysin johtopäätökset.....	49
4.2.7	Haastattelujen analyysin johtopäätökset	50
4.3	Miten saatu tutkimusaineisto vastaa tutkimuskysymykseen?	51
4.4	Mitä saadut tulokset tarkoittavat diplomityön aiheen näkökulmasta?	53
5.	POHDINTA	54

5.1 Tulosten laadullinen uskottavuus ja vakuuttavuus.....	54
5.2 Mitä uutta tulokset tuovat teoreettiseen keskusteluun?.....	56
5.3 Mitä uutta tietoa sote-alan käytännön toimijat saavat tutkimuksesta?	57
5.4 Miten saatuja tuloksia voidaan hyödyntää SOTE-alan päivittäisessä toiminnassa?	58
5.5 Mitä tutkimuksessa jäi huomioimatta ja mihin kannattaisi keskittyä seuraavaksi?.....	61
6. JOHTOPÄÄTÖKSET.....	63
LÄHTEET.....	65

LIITE A: Kysymysrunгон rakentuminen ja haastattelun johdantopuhe

1. JOHDANTO

Terveys- ja sosiaalipalvelut ovat suomalaisten suurin yksittäinen työllistäjä ja siten merkittävä tutkimuskohde. Vuoden 2014 lopussa tällä toimialalla työskenteli 386 000 henkeä. Yhteensä 17 prosenttia Suomen työvoimasta, lähes viidennes, saa elantonsa sote-alan kautta. Suurin osa näistä työpaikoista on terveydenhuollon laitospalveluissa. (Tilastokeskus 2016) Lisäksi ala on väestön ikärakenteen murroksen takia kasvu-uralla (Työsuojelu 2017). Ei siis ole yhdentekevää, miten turvallisuuslain vaara- ja haittatekijät tällä toimialalla arvioidaan tulevaisuudessa. Paitsi, että toimialalla on paljon ihmisiä, myös työskentelyolot ovat monin tavoin vaarallisia. Esimerkiksi sosiaalityöntekijä kohtaa työssään sekä fyysisiä haitta- ja vaaratekijöitä että psykososiaalisia kuormitustekijöitä. Samoin hoitohenkilökunta tekee runsaasti kotiin tehtävää avohoitotyötä, jossa saattaa altistua väkivaltaisille asiakkaille. Hoitotyötä toteutetaan monesti vuorotyönä. Vuorotyön vaikuttaa negatiivisesti unen laatuun riippumatta siitä, kuinka paljon työperäistä stressiä aiheutuu. Aiheesta on kuitenkin vain vähän tutkimustietoa. (Karhula 2015)

Tapaturmatilastoja tarkastellessa sosiaali- ja terveysalan myönteinen kehitys ei ole jatkunut lähivuosina. Tapaturmavakuutuskeskus (2017b, 10, 29) on tilastoinut sote-alan työtapaturmia ja todennut, että viimeisten kymmenen vuoden aikana sosiaali- ja terveysalan tapaturmataajuus on ollut hienoisessa nousussa. Tämä tapahtuu samaan aikaan, kun esimerkiksi korkeariskisenä pidetyn rakennusalan työtapaturmat ovat tippuneet komeasti alas. Tapaturmavakuutuskeskuksen raportti päättyykin toteamaan, että yksityisen sosiaali- ja terveysalan kehitykseen on kiinnitettävä huomiota. Erityisesti yksityisellä terveyssektorilla pitäisi panostaa työtapaturmien määrän pienenemiseen ja työturvallisuusjohtamisen parantamiseen.

Sosiaali- ja terveysala on monipuolinen toimiala. Se kattaa sekä julkisen että yksityisen sektorin palveluita ja maassamme on lisäksi 959 kappaletta sosiaali- ja terveyspalveluja tuottavia järjestöjä, noin 10 prosenttia kaikista järjestöistämme (SOSTE 2016). Esimerkiksi YKSOTE on työsuojeluhallinnon vuosien 2017-2018 valvonta- ja viestintähanke, jonka tavoitteena on poistaa työkuormituksesta aiheutuvia riskejä. Hanke on valtakunnallinen ja se pyrkii siihen, että yksityiset työntekijät paremmin tunnistavat ja ymmärtävät haitallisen työkuormituksen ja sen vaikutukset työntekijöille. (Työsuojelu 2017)

Sosiaali- ja terveysalalla on fyysisten vaaratekijöiden sekä psykososiaalisten kuormitustekijöiden monipuolisuuden takia tarve selvittää laajamittaisesti työhön liittyviä vaaroja. Etelä-Suomen aluehallintoviraston tekemissä tarkastuksissa on havaittu puutteita noin 23 prosentissa tarkastetuista yksityisistä työpaikoista. Tärkeimpiä

unohtuneita asioita ovat puutteelliset kemikaalinkäyttötavat, sisäilmaongelmien huomiotta jättäminen, tapaturmavaarat injektioruiskuihin ja kaatumisiin liittyen sekä ilman nostoapuvälineitä tapahtuvien raskaiden kappaleiden nostaminen. Sen sijaan kokonaisuutena yksityinen terveyssektori oli hyvin tiedostanut psykososiaaliset vaarat kuten työhön liittyvän väkivallan. Sen sijaan näiden vaarojen muodostamat riskit eivät aina olleet toivotulla tavalla hallinnassa, joten työsuojelutarkastajat opastivat organisaatioita näiden asioiden haltuun saamiseksi. Samoin neljän vuoden tarkastelujakson perusteella työntekijöiden psykososiaalinen kuormitus näyttää kasvaneen aikaisemmasta. (Työsuojelu 2016) Työpaikan vaarojen selvitystyössä on hyvä olla käytössä systemaattinen ja järjestelmällinen ote: riskien suuruuden arvioinnissa on huomioitava paitsi mahdollisen vaaran toteutumisen todennäköisyys, mutta myös sen seurausten laajuus. Työturvallisuuslain nojalla työnantaja on velvoitettu selvittämään työhön liittyvät vaarat organisaation koosta riippumatta. Mikäli riskiä, kuten väkivallan uhkaa, ei pystytä kokonaan poistamaan, tulee riskin vaikutukset mahdollisuuksien mukaan minimoida. (Työturvallisuuskeskus 2017)

Sote-kentän vaara- ja haittatekijöistä on tehty niin kotimaista kuin kansainvälistäkin tutkimusta. Esimerkiksi Hintikka ja Saarela (2009) ovat tarkastelleet Suomessa esiintyvää työperäistä väkivaltaa ja todenneet, että erityisesti nuoriin naisiin kohdistuva väkivalta on lisääntynyt. Osasyynä kasvun taustalla ovat tutkijoiden mukaan työmarkkinoiden muutokset. Vaikka noin puolet palkansaajista on naisia ovat miehet ja naiset voimakkaasti jakautuneet työelämän eri sektoreille. Naisia on runsaasti esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla. (Elinkeinoelämän keskusliitto 2013, 7) Koske sote-ala työllistää paljon naisia, on tilastojenkin valossa todennäköistä, että moni väkivaltatilanne tapahtuu juuri siellä. Työhön liittyvät riskit nousevat sosiaali- ja terveysalan tutkimuksissa esiin myös vaiivikka. Esimerkiksi työterveyshuoltoon erikoistuvien lääkäreiden ja terveydenhoitajien haastatteluissa nousi esille vaarat ja riskit (Utriainen & Ala-Mursula 2013). Eli työntekijät myös itse tiedostavat turvallisuusalan käsitteistöä työnsä puolesta: epäselväksi kuitenkin jää miten hyvin he tiedostavat omiin rooleihinsa liittyvät vaarat. Kokonaisuutena tutkimustarvetta olisi tutkimukselle, joka mahdollisimman kokonaisvaltaisesti huomioisi sote-kenttään liittyviä vaara- ja haittatekijöitä. Kokonaisvaltaisuus on tärkeää siitä syystä, että mikäli huomioidaan vain yksi tema, kuten väkivaltatekijät, seurauksena voi olla se, että työn kuormittava luonne vastaavasti unohtuu ja tapaturmataajuus ei vähene toivotulla tavalla. Tähän heränneeseen tutkimustarpeeseen tällä diplomityöllä pyritään vastaamaan.

Kansainvälisessä tutkimuksessa sosiaali- ja terveysalasta on kirjoitettu monista teemoista, mutta suoria yhtäläisyysmerkkejä Suomen kontekstiin ei aina voida vetää maiden keskinäisten erojen takia. Kirjallisuudessa on tarkasteltu esimerkiksi sairaanhoitajien coping-mekanismia psykososiaalisia riskitekijöitä vastaan (Gomes, Santos & Carolino 2013), raskaan fyysisen rasituksen vaikutusta pitkiin sairaspöissaoloihin terveydenhuoltoalalla (Andersen et al. 2012) sekä työntekijöiden putoamisiin ja

kaatumisiin vaikuttavia ammatillisia tekijöitä kotiin tehtävän hoitotyön parissa (Merryweather et al. 2017). Kansainvälinen tutkimus tarjoaakin hyvän ja kattavan kirjallisuus pohjan, josta voi ammentaa tietoa myös kotimaisen toiminnan kehittämiseksi.

Tämän työn aiheena on tunnistaa sosiaali- ja terveysalaan liittyvät keskeiset fyysiset ja psykososiaaliset vaara ja haittatekijät sekä esittää niiden pohjalta päivittäisessä työssä huomioitavia seikkoja. Sosiaali- ja terveysalan tapaturmakehitys on viime vuosina ollut kasvusuunnassa, joten vaara- ja haittatekijöiden paremmalle tunnistamiselle on nähtävissä selkeä tarve. Työn kohdeorganisaatioksi valittiin Tampereen yliopistollinen sairaala Tays. Työnantajana on työturvallisuuslain (738/2002) nojalla kiinnitettävä huomiota työn riskitekijöihin ja siten ylläpidettävä parhaansa mukaan työntekijöidensä työkykyä ja työolosuhteita. Diplomityöni tutkimuskysymys on: Mitkä ovat keskeiset vaara- ja haittatekijät terveydenhuoltoalalla työskentelevien työntekijöiden keskuudessa ja miten näitä vaaroja pyritään poistamaan tai niiden vaikutusta ehkäisemään?

Tutkimuskysymykseen vastataan kirjallista materiaalia ja asiantuntijahaastatteluja hyödyntäen. Sosiaali- ja terveysalan vaara- ja haittatekijöitä tunnistetaan kolmen toisiaan täydentävän menetelmän avulla. Näistä kaksi ensimmäistä perustuu kirjalliseen tietoon. Dokumenttianalyysin keinoin selvitetään kohteessa jo tehdyt riskienarvioinnit. Millaisia vaara- ja haittatekijöitä yksikkö on jo aikaisemmin kyennyt tunnistamaan ja mitä niiden eteen on pyritty tekemään? Samoin tarkastellaan sitä, miten kattavasti nämä vaara- ja haittatekijät on näissä asiakirjoissa kyetty tunnistamaan. Materiaali on rajattu kahdelle sairaalan alueelle ja yhteensä tietoja on kerätty lähes 3000 vastanneelta. Näiden asiakirjojen tietoja täydennetään tapaturmavakuutuskeskuksen eli TVK:n työtapaturmatilastoilla. TVK:n sivuilla on yksityiskohtaista informaatiota tapaturmien lukumääristä ja laadusta, myös opiskelijoille sattuneet tapaturmat otetaan näissä tilastoissa huomioon. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017a) TVK:n tietokantojen analyysi auttaa siis huomaamaan asioita, joita ei välttämättä pelkillä dokumenttianalyysin keinoilla osaisi ajatella.

Kolmas käytetty menetelmä ovat haastattelut. Työssä haastatellaan eri sosiaali- ja terveysalan toimijoita ja selvitetään, mikä on työturvallisuusasioiden nykytila heidän organisaatiossaan Tampereen yliopistollisessa sairaalassa. Tavoitteena on haastatteluja analysoimalla löytää yhteisiä teemoja, jotka toistuvat haastattelusta toiseen. Haastattelut tuovat esiin myös turvallisuuden koetun puolen: ovatko tämän työyhteisön riskit riittävästi hallinnassa vai olisiko syytä laajemmille toimenpiteille? Haastatteluja tehdessä korostuvat myös ne tekijät, joita dokumentti- ja tietokanta-analyysi eivät välttämättä ole kyenneet toteamaan. Työntekijöillä voi olla turvallisuuslain vaara- ja haittatekijöistä näkemyksiä ja kokemuksia, sillä he päivittäin työskentelevät näiden vaarojen keskellä ja voivat esimerkiksi huomata uusia vaaroja ennen kuin ne aiheuttavat tapaturmia. Toisaalta taas johtaja pystyy ottamaan etäisyyttä alaistensa tekemään työhön ja tiedostamaan asioita, joihin päivittäistä työtä tekevä ei välttämättä enää kiinnitä huomiota.

Tämän työn tavoitteena on siis saada parempi ymmärrys sosiaali- ja terveysalan vaara- ja haittatekijöistä ja etsiä keinoja näistä aiheutuvien riskien eliminointiin ja pienentämiseen. Diplomityö rakentuu seuraavasti. Johdantoluvun jälkeen on vuorossa työn tausta ja teoria. Tässä luvussa valotetaan diplomityön kannalta keskeisiä käsitteitä, tilastoja ja lainsäädäntöä sekä esitellään kattavasti aikaisemmin tehtyä tutkimusta. Samalla myös tiedostetaan ne aihealueet, joihin olemassa oleva tutkimus ei kykene vastamaan. Luvussa kolme esitetään työn kohde sekä tarkemmin diplomityön osatehtävät ja niissä hyödynnetyt tutkimusmenetelmät. Samoin käydään läpi haastattelurunko sekä haastattelujen pohjalta käyty tulkintaprosessi. Neljännessä luvussa esitellään saadut tulokset ja pohditaan, mitä nämä tarkoittavat diplomityön tutkimuskysymyksen näkökulmasta. Pohdintaluvussa tarkastellaan tulosten laadullista uskottavuutta ja jäykkyyttä sekä mitä uutta tietoa tutkimus tuotti. Pohdintaluvussa ajatellaan myös sitä, miten saatua tutkimustietoa voisi hyödyntää osana SOTE-alan päivittäistä toimintaa. Samoin mietitään sitä, mihin asioihin diplomityö jätti vastaamatta ja mitä jatkotutkimusaiheita aiheen pohjalta voidaan esittää. Viimeisessä johtopäätösluvussa esitetään tiivistetyssä muodossa olennaisimmat saadut tulokset sekä pohditaan niiden jatkokäytön mahdollisuuksia tulevaisuudessa.

2. TYÖN TAUSTA JA TEORIA

Tutkimuksessa hyödynnetyt keskeiset riskienhallinnan käsitteet kuten vaara, riski ja poikkeama määritellään tässä luvussa. Kirjallisuuskatsauksessa selviää, että monipuolinen fyysisten ja psyykkisten vaara- ja häirtatekijöiden huomioiminen ei Suomessa ole vielä riittävällä tasolla. Kotimainen kirjallisuus on määrältään niukkaa ja monet ongelmat kuten epäasiallinen kohtelu jäävät suomalaisissa organisaatioissa pimentoon, vaikka häirtatekijöitä yritettäisiinkin tunnistaa. Kansainvälinen kirjallisuus puolestaan oli runsaampaa, mutta ei ole sellaisenaan suoraan sovellettavissa Suomen kontekstiin. Tilastoja Suomessa kootaan sen sijaan runsaasti, mutta ne eivät kata kaikkia tilanteita. Tilastotietojen mukaan tapaturmataajuus sosiaali- ja terveysalalla on lievässä kasvussa. Tapaturmavakuutuskeskuksen eli TVK:n tietokanta-analyysin avulla saadaan tarkempaa tietoa näiden työtapaturmien tyypeistä.

2.1 Keskeisten työn riskienhallinnan käsitteiden määrittelyt

Sosiaali- ja terveysalan vaaroista tehty jonkin verran aikaisempaa tutkimusta. Ennen kuin syvennyttään tutkimuksen tarkasteluun, on syytä tarkastella diplomityössä käytettävää käsitteistöä ymmärrettävyyden ja johdonmukaisuuden takia. Vaaralla tarkoitetaan tässä työssä monipuolisesti fyysisiä tai psyykkisiä asioita, jotka voivat olla haitallisia sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa toimivan henkilön terveydelle, turvallisuudelle tai työkyvyille esimerkiksi ammattitautien muodossa. Työntekijän vaaralle altistuminen tapahtuu silloin, kun työntekijä joko tietoisesti tai tiedostamattaan on vaaran vaaravyöhykkeellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015) Keskeisiä vaaroja sosiaali- ja terveysalan kentässä ovat väkivaltaiset potilaat, liikkuminen, kiire, painavien kappaleiden epäergonominen nostaminen, yksintyöskentely, työperäinen stressi, puutteellinen työergonomia, kaatumiset ja putoamiset sekä huono työilmapiiri.

Riski-käsitteenä on vaaratapahtuman todennäköisyyden ja sen seurausten vakavuuden yhdistelmä. Riskienhallinta puolestaan voidaan hahmottaa niinä tietoisina toimina, joiden avulla työympäristössä olevia riskejä kontrolloidaan tai kokonaan eliminoidaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015) Riskin seurauksivaatimuksia pohtiessa on hyvä pohtia myös laajempia kerrannaisvaikutuksia, joita riskin tapahtumisesta saattaa seurata. Esimerkiksi hoitajan työperäinen stressi saattaa paitsi johtaa työuupumukseen ja lisääntyneisiin sairaspotilaisiin, mutta myös siihen, että hän erehdyksessä jakaa potilaille väärät lääkkeet, jonka seurauksena potilas menehtyy. Nämä seurauksivaikutukset voivat siten olla kooltaan suuria.

Riskejä voidaan myös luokitella tarkemmin riskin realisoidumisen aiheuttamien seurausten tai riskin todennäköisyyden mukaan. Vahinkoriskiksi kutsutaan riskiä, joka

aiheuttaa pelkästään vahinkoa. Riskejä huomioitaessa tulee pitää mielessä myös seurannaisvahingot, jotka saattavat kooltaan ylittää itse alkuperäisen vahingon vaikutukset. Liikeriski puolestaan on riskilaji, johon liitetään tuotto-odotuksia, mutta myös epävarmuustekijöitä. Sote-organisaatio voi esimerkiksi tavoitella lääkäripalveluiden laajenemista, mutta toimintaan liittyy liikeriski. Lisäksi voidaan tunnistaa strategiset riskit, operationaaliset riskit ja taloudelliset riskit. (Kuusela & Ollikainen 2005, 147 ja Riskikompassi 2017) Huomioitavaa näiden riskilajien kohdalla on se, että niistä monet eivät enää suoraan kohdistu työntekijään, vaan pikemminkin organisaation toimintaan ja siten niillä on välillinen vaikutus työntekijän työedellytyksiin. Taloudellisen tilanteen huonontuessa työntekijät saattavat pelätä työpaikkansa menettämisen puolesta, jolloin työpaikan työilmapiiri heikentyy.

Tämän työn näkökulmasta olennainen käsite riskienhallinnan ohella on riskien arviointi. Riskien arviointiin kuuluu vaaratekijöiden tunnistaminen eli esimerkiksi yksityiskohtaisen aiheuttamien riskitekijöiden huomioiminen sote-kentässä. Riskien arviointi on ideaalitulanteessa ennakoivaa: vaarat tunnistetaan ja niistä seuraavan riskin suuruus määritellään. (Sosiaali ja terveysministeriö 2015) Vahinkotilastoja ja läheltä piti tilanteita tarkastellessa, ollaan vastaavasti historiatiedon kanssa tekemisissä.

Tapaturmavakuutuskeskus mallintaa myös viimeistä ennen tapaturmaa sattunutta tapahtumaa poikkeaman käsitteellä. Poikkeama on tavallisuudesta poikkeama ja tyypillisesti suunnittelematon tapahtuma joka johtaa eri vakavuusasteen vahinkoon. Kunta-alalla, kuten sosiaali- ja terveysalalla, tyypillisimpiä poikkeamia ovat putoamiset, hyppäämiset ja liukastumiset. Myös terävään esineeseen loukkaantuminen ja fyysinen kuormittuminen työssä ovat yleisiä tekijöitä. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b) Poikkeamien määrää ja laatua seuraamalla voidaan ymmärtää paremmin sitä, minkälaisia altisteita työtehtävät pitävät sisällään.

Huomioitavaa on, että turvallisuus ei käsitteenä tarkoita työympäristön riskien täydellistä poissaoloa. Turvallisella työpaikalla mahdolliset riskit ovat hallinnassa: niiden esiintymistodennäköisyydet ja vaikutusmahdollisuudet ovat pienet. Turvallisuus on siis samalla positiivista ennustettavuutta ja vakautta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015) Turvallinen työpaikka ei kuitenkaan toteudu itsestään. On myös pohdittava sitä, mikä on hyväksyttävä riskitaso, jonka organisaatio on valmis kantamaan. Osan riskeistä, kuten monet kiinteistöön liittyvät vahingot pystytään myös vakuuttamaan huomattavasti riskin realisoituessa vaadittavaa rahasummaa pienemmällä kustannuksella. On myös syytä huomioida, että on olemassa myös positiivisia riskejä, jotka nousevat esille esimerkiksi vakuutustieteen kirjallisuudessa. Näitä ei tämän työn aihealueen rajausten puitteissa tarkastella.

2.2 Vaarojen ja haittojen kannalta keskeinen lainsäädäntö

Lainsäädäntö koskettaa vaara- ja haittatekijöiden tunnistamista. Työturvallisuuslaki (738/2002) ja sen periaatteet ovat tämän työn rakentumisen kannalta erityisen keskeisiä. Työturvallisuuslaissa on erikseen esitetty työnantajan yleiset velvollisuudet ja vastaavalla tavalla työntekijän yleiset velvollisuudet. 10 §:ssä luetellaan niitä tekijöitä, joita järjestelmällisen työn vaarojen selvittämisen ja arvioinnin tulisi työnantajan puolelta pitää sisällään. Pykälässä mainitaan erikseen työn kuormitustekijät, työntekijän ikä, sukupuoli, ammattitaito ja muut hänen henkilökohtaiset edellytyksensä, työpaikalla esiintyneet tapaturmat, ammattitaudit sekä yleisemmin itse työpaikassa esiintyvät vaara- ja haittatekijät. Edellä mainittujen tekijöiden huomioiminen on tämän diplomityön kannalta keskeistä ydinasiaa. Työn kannalta tärkeitä vaara- ja haittatekijöitä on esitetty myös lain luvussa 5, jossa käydään lävitse esimerkiksi työpisteen ergonomiaa, väkivallan uhkaa sekä häirintää, jotka kaikki koskettavat sosiaali- ja terveystalouden työntekijöitä.

Työturvallisuuslaki (738/2002) yksilöi myös työntekijän ja työnantajan välisen yhteistoiminnan: Luvun 3 17§ esitetään, että työnantajan ja työntekijöiden on yhteistoiminnassa ylläpidettävä ja parannettava työturvallisuutta työpaikalla. Työntekijällä on myös lain mukaan oikeus pidättäytyä hänen henkeään uhkaavan työtehtävän toimittamista. Työturvallisuuslain 23 § esittää, että tässä tilanteessa työntekijän on ilmoitettava työnantajalle tai tämän edustajalle niin pian kuin mahdollista ja tämä työstä pidättäytyminen ei saa koskea turvalliseksi katsottuja työvaiheita. Työturvallisuuslaissa on myös otettu huomioon myös muiden henkilöiden kuten tuotteen suunnittelijan ja valmistajan velvollisuudet sekä listattu erityisen työn teettämisen tilanteita kuten yhteisellä työpaikalla toimivien huolehtimisvelvoite.

Myös muu lainsäädäntö tulee ottaa huomioon vaara- ja haittatekijöitä tunnistettaessa. Esimerkiksi työterveyshuoltolaissa (1383/2001) ja sen 10 §:ssä on käsitelty työntekijän suojelua häntä uhkaavilta työtehtäviltä. Työterveyshuoltolain 1§ säädetään työnantajan velvollisuudesta huolehtia työterveyshuollosta ja sen sisällöstä. Osa tähän kuuluvista velvollisuuksista linkittyy työturvallisuuslaissa (738/2002) mainittuihin työnantajan velvollisuuksiin. Laissa työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta (44/2006) on 5 §:ssä käsitelty työntekijöiden ja työnantajan keskinäistä yhteistyötä työturvallisuuden parantamiseksi. Lain 22 §:n mukaan tarkoituksena on mahdollistaa työntekijöiden osallistuminen ja vaikuttaminen työpaikan turvallisuutta ja terveyttä koskevien asioiden käsittelyyn. Eli lain nojalla voidaan perustella sitä, miksi työntekijöiden mielipidettä tulisi kuunnella työpaikan turvallisuutta koskevissa asioissa.

Valtioneuvoston asetus työpaikkojen turvallisuus- ja terveystalouden vaatimuksista (577/2003) tarkentaa työturvallisuuslaissa (737/2002) esitettyjä vaatimuksia. Asetuksen piiriin kuuluvat työturvallisuuslain piiriin kuuluvat yritykset, joita ei erikseen ole yksilöity pois. Asetuksen 2 §:ssä esitetään, että työnantajan tulee huolehtia, että työpaikka täyttää tässä

asetuksessa mainitut edellytykset ja siellä käytettävät turvallisuus- ja muut laitteet huolletaan ja kunnostetaan asianmukaisesti. Asetuksessa käydään läpi vaatimuksia kuten asianmukaiset lepotilat, ensiaputilat, valaistusasiat ja työntekijöille annettavat suojele- ja pelastusohjeet. Esimerkiksi asianmukaiset ensiaputilat voivat tulla tärkeiksi, jos sosiaali- ja terveystalouden työntekijä vahingoittaa itseään työtehtävissä.

Lainsäädännöllisesti Suomessa tehtäviä päätöksiä rajoittaa se, mitä Euroopan unionissa on maitten kesken säädetty. Suomi liittyi Euroopan unioniin alkuvuodesta 1995 ja on päätöksen myötä sitoutunut noudattamaan EU:ssa säädettyjä direktiivejä ja asetuksia. Turvallisuuden näkökulmasta esille voi nostaa Direktiivi 89/391 työturvallisuutta ja terveyttä koskevan puitedirektiivin, joka oli liitettävä osaksi kansallista lainsäädäntöä vuoden 1992 aikana. Direktiivin pyrkimyksenä oli muun muassa pienin poikkeuksin tarjota yhtäläinen terveyden ja turvallisuuden taso kaikkien työntekijöiden kesken sekä määrätä työnantaja huolehtimaan niistä ehkäisykeinoista, joilla työpaikan työterveyttä ja työturvallisuutta voidaan parantaa. Direktiivin taustalla oli ajatus riskin arviointi ja sen osatekijät EU:n direktiivi ei sellaisenaan siirtynyt Suomen lainsäädäntöön, vaan direktiivin vaatimukset sovitettiin osaksi maan muuta jo olemassa olevaa lainsäädäntöä. Myöhemmin EU:n antaman tiedonannon mukaan puitedirektiivi on osaltaan merkittävästi lisännyt ennalta ehkäisevän kulttuurin luomista ja samalla järkeistänyt sekä yksinkertaistanut kansallisia lainsäädäntöjärjestelmiä. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2018)

2.3 Sosiaali- ja terveystalouden vaaroista ja haittatekijöistä tehty aikaisempi tutkimus

Sosiaali- ja terveystalouden vaaroista ja haitoista on tehty runsaasti aikaisempaa tutkimusta viime vuosina, vaikka kotimainen kirjallisuus onkin määrältään vähäistä. Tutkimuksessa nousee esille yhtä lailla fyysiset, väkivaltaan liittyvät uhat kuin työn aiheuttama kuormitus ja jaksaminen. Samoin paljon painoarvoa annetaan työn psykososiaaliselle kuormittavuudelle sekä työyhteisön ilmapiirille työssä jaksamisen kannalta. Tarkastelussa ovat niin työyhteisön kuormitusta vähentävät seikat kuin myös sitä lisäävät tekijät kuten asiaton kohtelu työpaikalla.

2.3.1 Kotimainen vaara- ja haittatekijöiden tutkimus on määrältään niukkaa ja hajanaista

Sosiaali- ja terveystalouden vaaroista ja riskeistä on tehty tutkimusta aikaisemmin, mutta kotimainen tutkimus on määrältään niukkaa. Tutkimus on myös hajanaista: vaaroja- ja riskejä saatetaan sivuta ohimennen, mutta artikkelien päähuomio kohdistuu tyypillisesti muuhun. Suuri osa kotimaisesta tutkimuksesta on ollut tilastotietoihin perustuvaa ja keskittynyt esittelemään onnettomuuslukuja ja vastaajien kokemusta työtehtävien vaaroista. Sote-toimialan työntekijöiden kohtamaa työperäistä väkivaltaa on tutkittu

jonkin verran. Kokonaisuutena työperäinen väkivalta on lisääntynyt ja sille ovat alttiita erityisesti naiset. Riski väkivaltaan on suurin sekä naisilla että miehillä ikäryhmässä 20–34. Useimmiten väkivalta aiheuttaa vain lieviä vammoja ja alle neljän päivän sairausloman. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysalalla väkivaltaisten potilaiden rauhoittaminen voi aiheuttaa tällaisia vammoja. On myös mahdollista, että mahdollisia väkivaltatilanteita ilmoitetaan aikaisempaa herkemmin eteenpäin. (Hintikka & Saarela 2009, 522–524)

Kotimaisessa vaaroja ja riskejä esittelevässä keskustelussa on aikaisemmin historiassa pohdittu työhön liittyviä kuluttavia elementtejä näistä esimerkkinä itsemurhan toteuttaneet potilaat. Monet itsemurhan tekivät ovat nuoria miehiä. Itsemurhapotilaat kuormittavat hoitohenkilökuntaa kuten lääkäreitä ja hoitajia eikä itsemurhan vaikutusta välttämättä vähennä työntekijän kokemus vastaavista tapauksista aikaisemminkin. Hänellä tulee olla mahdollisuus työnohjaukselle ja saada työyhteisöltä tukea. Potilaan itsemurha on kokemuksena silti rankka, vaikka tukiverkostoja olisikin tarjolla. Erityisen hankalia ovat potilaat, joilla on krooninen alttius itsemurhaan. Tällaiset potilaat saattavat johtaa työntekijän kyynistymiseen tai vaikka siirtymiseen muihin työtehtäviin. (Isohanni et al. 1990, 883–884)

Samoin työntekijöiden työtyytyväisyyttä on kartoitettu. Päivi Stenmannin et al. (2015, 31–32) tutkimuksessa selvitettiin, miten neljän Pohjanmaalaisen kunnan vanhustenhuollon henkilöstö voi. Tutkimuksessa selvisi, että suurin kuormitus kohdistui geriatrian vuodeosastolla ja kotihoidossa työskenteleviin henkilöihin. Tutkimus esittääkin, että uusia työtapoja on syytä kehittää näille sektoreille, jotta työn vaatimukset ja kuormittavuus laskisivat. Vanhusten huollossa työntekijöiltä vaaditaan liikaa ja henkilöstöresurssien mitoitus on vaatimuksiin nähden liian alhaiselle tasolle. Samalla kun henkilöstön väsymys lisääntyy, välillisesti myös hoidon laatu putoaa alaspäin. Keinona tähän ongelmaan voidaan nähdä, resurssien lisäämisen ohella, tarjota työntekijöille mahdollisuutta säädellä omaa työtään ja tehdä siihen liittyviä päätöksiä. Eli työntekijöiden olisi tärkeää saada päättää mahdollisista tauoistaan ja siitä, miten itse potilaan hoitoa toteutetaan. (Pekkarinen 2008)

Suomessa on yhä huonokuntoisempia pitkäaikaishoidettavia potilaita. Tämän takia työ koetaan raskaammaksi, fyysisemmäksi sekä enemmän osaamista vaativaksi. Lisänä henkilöstöllä on kova kiire yhtä lailla julkisella kuin yksityisellä hoivasektorilla. Pulmallista on lisäksi se, että työn jatkuvuuteen liittyy lisääntyvää epävarmuutta ja tiedonkulussa saattaa työpaikan sisällä esiintyä ongelmia. Tähän auttaisi ainakin osin se, että työntekijän työtehtävät järjestettäisiin monipuolisiksi ja hän saisi hyödyntää päivittäisessä työssään oppimiaan taitoja ja kokea kehittymisen tunnetta. Näin työntekijän kokema kuormitus jäisi vaikutuksiltaan vähäisemmäksi. (Laine 2006, sitaatti ja Sinervo et al. 2010, 18, 26, 31 ja Stenmann et al. 2015, 31–32)

Haastavat potilaat voivat olla aikapainettakin merkittävämpi stressitekijä. Dementiasta kärsivät potilaat, joilla oli häiritsevää käyttäytymistä ja ahdistuneisuutta rasittivat suomalaisia hoivatyöntekijöitä lähes yhtä pahasti kuin aikataulupulmat. Tulevaisuudessa dementiapotilaiden määrä on kasvussa terveydenhuolto-järjestelmässä, joten tulevina vuosina olisi syytä kiinnittää huomiota pienempiin hoitoyksiköihin, joilla samalla helpotettaisiin hoitohenkilökunnan työtaakkaa. Tutkimus nosti myös esille koulutuksen tärkeyden esimerkiksi hoivakodeissa, joissa keskimäärin henkilöstö on suhteellisen matalasti koulutettua. (Elovainio & Sinervo 1997, 358–359 ja Elovainio & Sinervo 1994, sitaatti)

Kotimaisessa keskustelussa ovat olleet erilaiset sisäilman ongelmanaiheuttajat, jotka työpaikoilla muodostavat myös yhden haittatekijäryhmän. Näihin sisäilmaongelmanlähteisiin kuuluu muun muassa orgaanisia epäpuhtauksia kuten pölypunkkeja, mikrobeja ja bioaerosoleja sekä leviä. Samoin merkittäviä kemiallisia epäpuhtauksia ovat radon ja tupakansavu. Esimerkiksi sisäilman bakteerit ja virukset ovat infektiolähteitä, jotka voivat aiheuttaa kuumetta, keuhkokuumetta ja tuberkuloosia. Osa bakteereista viihtyy erityisesti, kun työpaikan ilmasto on kostea. Parhaassa yksilöllisessä sisäilmastossa eli luokan S1 sisäilmaluokassa huomioidaan lämpötilojen sopivuus sekä talvikäytössä että kesällä. Käyttäjällä on myös mahdollisuus hallita olemassa olevan sisäilman laatua, vaikka lisäämällä kyseisen tilan ilmanvaihtoa. Samoin S1 sisäilmaluokan olot täyttävät ne erityisvaatimukset, joita esimerkiksi hengityselimistöltään sairaat, allergioista kärsivät sekä vanhempi väestö edellyttää. (Husman, Roto ja Seuri 2002, 15, 28)

Näistä sisäilman ongelmalähteistä yksi vakavimmista on radon. Radon säteilylähteenä voi aiheuttaa korkeina pitoisuuksina syöpää. Säteilyturvakeskus STUK on panostanut sisäilman radonin valvomiseen työpaikoilla, jotta työpaikoilla työskentelevien henkilöiden säteilyturvallisuus paranisi entisestään. Työnantaja on lain mukaan velvollinen selvittämään työhön käytettävien tilojen radonpitoisuuden, jos työpaikka sijaitsee niissä kunnissa, joissa vähintään kymmenen prosenttia asuinkiinteistöistä ylittää sallitun raja-arvon. Eli radonpitoisuuksia ei ole sellaisenaan pakko selvittää koko Suomen alueella. Tarkastus vaaditaan myös, mikäli työpaikka sijaitsee harjualueella tai erilaisilla hiekkakerrostumisilla, jotka läpäisevät hyvin ilmaa. 400 becquerelia on suurin sallittu tilan radonpitoisuus, jos tilassa työskennellään säännöllisesti. 400 becquerelin raja saa ylittyä, jos tilassa työskennellään korkeintaan lyhytaikaisesti. Huomioitavaa on, että koulujen ja päiväkotien kohdalla tämä raja-arvo ei saa koskaan ylittyä. Mikäli radonin aiheuttamat pitoisuudet ovat liian korkeita, on työnantaja lain mukaan velvollinen pienentämään tätä pitoisuutta. Mikäli työntekijä ei suostu yhteistyöhön on ääritapauksissa mahdollista käyttää myös uhkasakkoa. (STUK 2014)

Palkitsemisen vaikutusta sairaanhoitajien jaksamiseen omassa työssään on myös tutkittu. Työn laatua ja turvallisuutta on mahdollista kohentaa kiinnittämällä huomiota ammattilaisten palkitsemista kohtaan. Silti palkitseminen ei poista sitä, että

sairaanhoidajien kuormituksen tasoa tulisi aktiivisesti pyrkiä laskemaan. On olemassa riski, että mikäli työntekijöiden suoriutumisesta aletaan palkita, voidaan henkilöstömäärässä nykyisellään tiedostetut puutteet lakaista sen taakse. On myös kysyttävä, voiko sairaanhoitaja ylipäätään tehdä työnsä huonosti ammattietiikkaansa kunnioittaen. (Kurtzman et al. 2011 ja Seitonen, Partanen & Kvist 2013, 287, Stenmann et al. 2015, 31–32) Tällöin lähestytään pitkälti eettisiä kysymyksiä.

Suomalaisesta sosiaali- ja terveysalan työtavoista puhuu paljon se, että riittävä henkilöstötason ylläpitäminen työpaikalla koettiin yhdeksi keinoksi palkita aineettomalla tavalla sairaanhoitajia. Voikin kysyä, tulisiko riittävän henkilöstön määrä olla itsestänselvyys niin potilaiden kuin työntekijöiden turvallisuuden varmistamiseksi. Samoin positiivisena asiana pidettiin jo joustavia työaikatauluja sekä työpaikan pysyvyyttä. (Seitovirta, Partanen & Kvist 2013, 287) Esimerkiksi teollisuudessa ja siellä tehtävien tarkastusten yhteydessä asianmukaisesti koulutettua ja määrältään riittävää henkilöstöä voisi jopa pitää itsestänselvyytensä, sen verran harvoin diplomityön kirjoittaja on tämänkaltaisesta puutteellisuudesta kuullut.

Palkitseminen ei näyttäydy pelkästään positiivisessa valossa. Taustalla voi olla negatiivisia seikkoja kuten tietämättömyyttä ja epäselvyyttä olemassa olevista käytännöistä. Samoin palkitsemisen vähyys sairaanhoitajien keskuudessa herättää turhautumisen tunteita. Johtamisessa palkitsemisesta puhumisesta saatetaan välttää sen perusteella, että menetelmät saatetaan kokea epäreiluina. Samoin voi olla, että monet aineettomat palkitsemistavat kuten arvostuksen osoittaminen ja positiivisen palautteen antaminen eivät tunnu samalta kuin materiaaliset palkitsemisen muodot kuten tulospalkkaus. Tutkimuksen sairaanhoitajien näkökulmasta tärkeää on, että työntekijällä on mahdollisuus tarvittaessa valita omista lähtökohdista käsin, haluaako hän palkintonsa ajassa vai rahamuodossa. Palkitseminen voi aiheuttaa merkittävän stressilähteen työntekijöiden elämässä. Mikäli työntekijä ei koe saavansa riittävästi huomiointia omalle uurastukselleen, voi tämä osaltaan rakentaa työntekijän uupumista. Mikäli palkkaus ja muut työstä koituvat edut alittavat hyödyt tasapaino työn antamien asioiden ja ottamien asioiden välillä järkkyy. (Seitovirta, Partanen & Kvist 2013, 288 ja Weyers et al. 2006) Palkitsemisen näkökulmasta voisi yksi motivoitikeino uupuneille työntekijöille olla kolmivuorotyöstä luopuminen. Mikäli työntekijä saisi jättää esimerkiksi yövuoron tekemisen sikseen voisi hän saada lisää energiaa työtehtäviinsä unirytmien säännöllistyttyä. Tämä voisi olla erityisen tärkeä asia niille henkilöille, joilla on jo perhettä.

2.3.2 Kansainvälinen tutkimuskirjallisuus huomioi monipuolisesti fyysisiä vaara- ja haittatekijöitä

Fyysinen työperäinen väkivalta lisää sosiaalityöntekijöiden pelkoa väkivallan mahdollista uusiutumista kohtaan kansainvälisessä tutkimuskirjallisuudessa. Pam Criss

(2010, 371) toteaa artikkelissaan, että muut väkivallan muodot paitsi suora fyysinen hyökkäys kasvattivat pelkoa tulevia väkivaltaisia hyökkäyksiä kohtaan. Tästä huolimatta tutkimuksen kohteena olleet sosiaalityön opiskelijat kokivat voimakasta ammatillista sitoutumista. Sosiaalityöntekijöiden kohtaama väkivalta on hänen mukaansa yleistä. Tutkimuksen mukaan on suhteellisesti turvallisempaa työskennellä yksityisellä sektorilla kuin järjestöissä tai julkisella sektorilla. Tarkemmin taustatekijöitä erittelemättä voi pohtia erilaisen potilasaineksen merkitystä turvallisuuden takana.

Crissin (2010, 371) arvioiden mukaan 65–85 prosenttia sosiaalityöntekijöistä on kohdannut väkivaltaa uransa aikana riippuen käytetystä lähteestä. Myös uhkaus oikeudellisilla toimenpiteillä lasketaan kuuluvan tähän väkivaltilanteiden joukkoon. Fyysisen väkivallan taustalla on instituutioiden kuten vankiloiden sulkeminen, jolloin turvallisuuden kannalta yhä vaarallisempia henkilöitä on vapaana. Samoin nuorison keskuudessa väkivaltainen käytös on lisääntymään päin. Ratkaisuksi tähän esitetään organisaatorakenteiden muuttamista ja henkilöstön kouluttamista. Sosiaalityöntekijöihin kohdistuva suullinen uhkailu on yleisintä, mutta myös väkivaltainen käytös ja sillä uhkaileminen ovat ongelmallisia. Erityinen uhka vaikuttaa kohdistuvan nuoriin miestyöntekijöihin, jotka tekevät työtä julkisella sektorilla. Lisäksi nuoret miestyöntekijät vaikuttavat olevan paremmin selvillä toisista, jotka ovat saaneet väkivaltaista kohtelua osakseen. Tämä on kiinnostava havainto, sillä kotimaisen tutkimuksen mukaan erityisesti nuorten naisten ajatellaan olevan väkivallan vaaravyöhykkeellä. Toisaalta suoria yhtäläisyysmerkkejä ei voida vetää kansainvälisen ja kotimaisen tarkastelun välille maiden keskinäisten eroavaisuuksien takia. (Hintikka & Saarela 2009, 522–524) (Jayaratne, Croxton & Mattison 2004, 451) On myös huomioitavaa, että tehtävissä ja vaaditussa koulutustasossa on maiden välillä eroa, mikä vaikuttaa siihen, ketkä joutuvat väkivaltaa kohtaamaan. Samoin työtavoissa on tunnistettavissa erityisyyksiä.

Väkivaltaa koskeva tutkimus on Winstanleyn ja Whittingtonin (2004, 3, 8–10) mukaan painottunut erityisesti psykiatrasta sairaalahoitoa käsittelevää suuntaan. Väkivalta on kuitenkin Iso-Britannian kontekstissa yleissairaalaloissakin ongelma ja lisääntymään päin. Taustalla toki saattaa olla aiheeseen liittyvä parempi ymmärrys ja ongelmien tiedostaminen. Tutkijat toteavat myös, että väkivaltaa tulee ilmiönä lähestyä monipuolisesti ja siihen tulee sisällyttää fyysisen väkivallan lisäksi myös verbaalinen väkivalta ja uhkailu. Winstanleyn ja Whittingtonin tekemän brittiläisen eri sairaalan ammatteja koskevan selvityksen mukaan sairaanhoitajat kokivat eniten väkivaltaa ja lääkärit puolestaan vähiten. Hoitajista väkivaltaa oli kokenut edeltävän vuoden aikana 43,4 % ja lääkäreistä 13,8 %. Myös väkivallasta kertoneiden uhriuttamista esiintyi. Hoitaja saattoi joutua palaamaan työskentelemään samaan paikkaan ja jopa saman henkilön kanssa, jonka kanssa hän on joutunut väkivaltaiseen tilanteeseen. Samoin väkivaltaa esiintyi potilaiden kuten vanhusten kanssa toimiessa, mutta myös vierailijoitten tekemänä: tyypillisesti tällöin kohteeksi valikoitui organisaation hierarkiassa ylempiä henkilöitä kuten johtavassa asemassa olevia hoitajia tai lääkäreitä.

Winstanleyn ja Whittingtonin näkökulmasta mielenkiintoista oli se, että tietyt työntekijät joutuivat toistuvasti väkivallan kohteiksi samaan aikaan, kun osa työntekijöistä ei kohdannut ollenkaan väkivaltaa. Lisätutkimusta aiheesta kuitenkin vaaditaan johtopäätösten esittämiseksi.

Fyysisen väkivallan lisäksi on kiinnitetty huomiota myös itse työn fyysisyyteen. Sosiaali- ja terveystieteiden moniin tehtäviin kuten kotihoitoon ja vanhustalouteen liittyy nostoja ja taipumista hankaliin asentoihin potilaita hoidettaessa. On löydetty yhteys fyysisesti kuluttavan työn ja pitkien sairaslomien välillä. Voidaan myös spekuloida, että huono työilmapiiri toimii myös tekijänä, jonka nojalla työn fyysiset haasteet korostuvat tai psykososiaaliset tekijät jo itsessään aiheuttavat poissaoloja. Ehkäiseväksi keinoiksi tutkimuksessa tunnistettiin joko työn keventäminen esimerkiksi nostoapuvälineiden kautta tai liikunnan lisääminen työntekijöiden elämässä. (Andersen et al. 2012, 584–587)

On myös tutkittu fyysisesti kuluttavan työn yhteyttä krooniseen kipuun. Altisteina voivat olla tietyt liikkeet kuten potilaan laittaminen sänkyyn makaamaan, mutta yhtä lailla yötyön tekeminen. Yllättävää kyllä potilaan nostaminen sängystä tuoliin ei ollut vastaavanlainen altistava tekijä. Etenkin alaselän ongelmat korostuvat jatkuvasti rankkaa ja kuluttavaa työtä tekevien työntekijöiden parissa. Sen sijaan kaulan ja olkapään lihaksisto ei ole kovin altis fyysiselle rasitukselle raskasta työtä tekevien keskuudessa. (Andersen et al. 2013, 686 ja Eriksen et al. 2004, 398, 403) Samoin kiinnostuksen kohteena on ollut huomion kiinnittäminen siihen, laukaiseeko työntekijän ylipaino alaselän kivut uusilla hoitoalan työntekijöillä. Tutkimuksessa todettiin, että altistava tekijä ei ole ylipaino, vaan pikemminkin liian suuri työmäärä, johon tutkimuksen mukaan tulisi kiinnittää aktiivista huomiota. Tähän johtopäätökseen viittasi se, että työntekijän BMI ei vaikuttanut hänen riskiinsä saada alaselän kipuja. (Jensen et al. 2012, 1, 5) Vaikuttaa siis vahvasti siltä, että yhtä lailla fyysiset tekijät kuin henkiset tekijät aiheuttavat fyysisiä ongelmia sosiaali- ja terveystieteiden työntekijöille. Tämä linkki tulee nostaa esille laajemminkin tutkimuksissa, sillä se on jatkotutkimusten kannalta mielenkiintoinen.

Fyysisiä kuormitustekijöitä on nostettu esiin hiljattain ergonomiatutkimuksessa. Ergonomiatutkimuksessa on tunnistettu keskeiseksi se, että terveydenhuollon järjestelmät suunnitellaan ensisijaisesti ihmisen kapasiteetti ja sen rajoitukset mielessä. Tarkoituksena on saada parempi ymmärrys päivittäisestä toiminnasta ja siitä, miten ihmiset sopeutuvat yllättäviin tilanteisiin eikä niinkään pelkästään keskittyä turvallisuuden kannalta ongelmallisiin tilanteisiin. Ergonomiakentässä kehitys on viimeisen kymmenen vuoden aikana ollut huomattavaa: ergonomian tuoma arvo potilastyölle tunnistetaan nyt paremmin. Tulevaisuuden suhteen on kuitenkin vielä haasteita, mutta ergonomia tarjoaa välineitä toimintatapojen kehittämiseen ja säästöjen aikaansaamiseen. (Hignett et al. 2018, 2–3)

Päivittäisiä työtehtäviä tarkkailemalla saadaan paljon aidompi käsitys arjessa kohdattavista ongelmista ja pystytään paremmin varautumaan realistisesti niihin tilanteisiin, joita työssä todennäköisesti kohdataan. (Hignett et al. 2018, 2–3) Esimerkiksi toistuvat liikeradat ja niiden huomioiminen voisi olla tällainen näkökulma. Kuten Andersen et al. (2013, 686) ja Eriksen. et al. (2004, 398, 403) tutkimuksista selvisi ei voida ottaa itsestäänselvyytenä, että tietty toimintatapa toisin päin tehtynä kuormittaa samalla tavalla kuin liike itsessään ja kehon osat ovat rasituskestävyydeltään erilaisia. Tällöin rasitusta voitaisiin pystyä arvioimaan esimerkiksi seuraamalla päivittäisen työn tekijää ja sitä, millainen rasitustaso hänelle syntyy ja mitä kuormitusta luihin sekä niveliin erilaiset työasennot aiheuttavat.

Fyysisiä vaaroja on toki tunnistettu muitakin kuin fysikaalinen kuormitus ja väkivalta. Liukastumiset, kaatumiset ja putoamiset ovat suuri onnettomuusryhmä, jonka uhanaiheuttaja ei ole asiakas. Esimerkiksi kotiin tehtävää hoivatyötä tekevät hoitajat ja sosiaalityöntekijät altistuvat asiakkaidensa kotona ennalta arvaamattomille ympäristöille. Erityisesti kiire, asuminen yhdessä hoidettavan asiakkaan kanssa sekä runsas läheltä piti tilanteiden määrä, altistivat näille vaaroille. Keinoiksi näiden riskien välttämiseksi on ehdotettu riittävän ajan takaamista työntekijöille, jotta he eivät joudu tekemään siirtymisiä paikasta toiseen liikenteessä hätiköiden ja samalla hoitotyöhön jää riittävästi aikaa. Myös henkilöstön kouluttamisella voidaan vaikuttaa tähän ongelmaan. (Merryweather et al. 2017, 1, 5–6) Luonnollisesti myös muut kuin kotikäyntejä tekevät työntekijät ovat alttiita kaatumisille. Esimerkiksi edellä mainittu artikkeli mainitsi leikkaussalissa olevien johtojen ja kaapeleiden olevan este, johon työntekijä saattaa kompastua. Samoin joitain eroja on varmasti myös silloin, kun tarkastellaan erikoissairaanhoidon ja perussairaanhoidon yksittäisiä, sillä työtehtävät ja tarpeet eroavat niissä toisistaan.

Seksuaalinen häirintä ja siihen liittyvä ahdistelu ovat yleinen ilmiö sosiaali- ja terveysalalla. 515 kyselyyn vastanneesta USA:n kandidaatti ja maisterivaiheen sosiaalityön opiskelijasta 55% kertoi kokeneensa seksuaalista häirintää ainakin kerran. Erityisesti latinaustaiset, nuoret työntekijät ja vakaassa parisuhteessa olevat olivat riskiryhmässä. Syylliseksi mainittiin tavallisimmin muut työntekijät ja asiakkaat. Seksuaalinen häirintä kattaa sekä epämukavan huomion osoittamisen kuin vaatimukset seksuaalisista teoista. Ilmiö on sukupuolittunut ja suurin osa seksuaalisen häirinnän kohteeksi joutuneista on naisia, samoin suurin osa sosiaalityöntekijöistä on naisia. Työntekijöiden turvallisuuden takaamiseksi seksuaalisen häirinnän kysymykset tulee aktiivisesti huomioida työpaikoilla. Samoin sosiaalityöntekijöiden koulutuksessa tulee aktiivisesti ottaa esille seksuaalinen häirintä ja keinot sen torjumiseksi. Samoin koulutuksen tulee huomioida tukijärjestelmien luominen seksuaalista häirintää kokeneiden ihmisten tueksi. (Moylan & Wood 2016, 405, 416)

Fyysisten riskien jakaantumista työpaikalla on yritetty mallintaa riskin sosiaalisen jakaantumisen käsitteen kautta. Perinteisesti on nähty, että sosiaalinen integraatio on

väkivallalta ehkäisevä tekijä sosiaali- ja terveysalalla. On selvitetty yhteisöllisyyden merkitystä sairastettavuudessa ja miten esimerkiksi sosiaaliset kontaktit osaltaan vaikuttavat terveyteen rahan, tiedon ja vaurauden ohella. (Link & Phelan 1995, 88, 90), mutta suhde ei vaikuta olevan näin yksinkertainen. Työyhteisöön sitoutuneet hoitajat voivat näet olla alttiimpia hoitajuuden ammatin eetoksen noudattamiselle ja siten vaarantaa itsensä työpaikalla. Erityisesti tämä tilanne korostuu, kun hoitaja työskentelee yhdessä toisen yhtä lailla sitoutuneen työntekijän kanssa. Tämän vaikutusmekanismin taustalla voidaan nähdä olevan organisaatiokulttuuri. Esimerkiksi työntekijä voi altistaa itsensä työyhteisöön kuuluville vaaroille, jotta hän saa saavuttaa sosiaalisen inklusion työyhteisössään. Näin työyhteisöön integroitumisen lisääntyminen voi itseasiassa lisätä työntekijän kohtaamaa väkivaltaa. Näiden tekijöiden pohtiminen voisi antaa paremman ymmärryksen siitä kompleksisuudesta, joka liittyy sosiaaliseen integraatioon ja sosiaaliseen tukeen. (Myers 2007, 794, 805)

2.3.3 Psykososiaaliset haittatekijät ovat monipuolinen riskin aiheuttaja sosiaali- ja terveysalalla

Psykososiaalisten riskien puolella huomiota on kiinnitetty laajemminkin huomiota työturvallisuusilmapiiriin liittyviin asioihin ja miten se toisaalta vaikuttaa työntekijöiden tai potilaiden puolella. On tunnistettu, että työntekijöiden käyttäytymisen taustalla vaikuttavat kulttuuriset normit. Mikäli työntekijöiden käytöstä halutaan muuttaa, tulee nämä taustatekijät huomioida. Turvallisuusilmapiirin kautta päälliköt saavat myös dataa alla olevasta turvallisuuskulttuurista. Prosessissa suureksi hyödyksi olisivat organisaatiot, jotka omalla esimerkillään näyttäisivät muille, mitä hyötyjä kulttuurin muutoksesta seuraa organisaation toiminnan kannalta. (Flin 2007, 663–664 ja Nieva & Sorra 2003)

Samoin psykososiaalisten valmiudet on nähty edellytyksenä hyvälle potilasturvallisuudelle. Mikäli työntekijällä on psykososiaalisesti kykenevä, hän pystyy paremmin täyttämään velvollisuutensa. Vaaratekijöinä, ja siten työssä tapahtuvia lipsahduksia aiheuttavina asioina, korostuivat työstressi, ylikuormitus, työtehtävien liiallinen kompleksisuus, sosiaalisten tukirakenteiden ja laadukkaan ryhmätyön puute, organisaation epävakaas ja epäpysyvyys sekä epäluottamus organisaation hallintarakenteita kohtaan. Välillisesti nämä tekijät olivat työpaikan riskien taustalla. Huomionarvoista on, että tutkimuksessa esiin päätyi nimenomaan ylikuormituksen henkinen puoli eikä niinkään fyysistä alkuperää oleva ylikuormittuminen. (Eklöf 2014, 211, 218) Uupumuksen ja sen yhteyttä sairaspöissaoloihin on tutkittu sairaanhoitajien keskuudessa. Fyysinen uupumus ennusti tarkasti pitkiä yli 30 vuorokautta vuodessa olevia sairaspöissaoloja. Psykiatrisen sairaanhoidon ja hoitokotien työntekijöiden kohdalla malli fyysinen uupumus oli ennustettavissa, mutta sairaaloissa työskentelevien sairaanhoitajien kohdalla malli ei toiminut. Henkisen uupumuksen ja pitkien sairaspöissaolojen välillä tutkimuksessa ei puolestaan ollut havaittavissa yhteyttä. (Roelen et al. 2013)

Psykososiaalisten riskitekijöiden aiheuttamasta stressistä ja sen kanssa selviämisestä on tehty tutkimusta. Esimerkiksi sairaanhoitajien kokemaa stressitasoa on selvitetty ja se on todettu korkeaksi. Sairaanhoitajien tärkeimmät stressiä aiheuttavat tekijät liittyvät työoloihin ja organisaatioon liittyviin tekijöihin. Näitä ovat matala palkka, työtaakka, työtilat ja arvostuksen puute. Lisäksi merkittävä osa hoitajista kokee korkeaa paineen tunnetta ja tukahdutettuja tunteita. Näiltä riskeiltä hoitajat puolestaan pyrkivät puolustautumaan usealla eri keinolla kuten aktiivisella suunnittelulla, asian hyväksynnällä ja itseään häiritsemällä. Joka tapauksessa voidaan todeta, että organisaation tulisi ottaa aktiivinen rooli toiminnan kestävä ratkaisun löytämisessä ja näitä keinoja tutkimuksessa tunnistettiin. Roolijakoa ja tehtäviä jakamalla kunnioitetaan hoitajien työkykyä ja hyödynnetään työpanosta tehokkaasti, parannetaan kommunikaatiokanavia tiedonkulun helpottamiseksi, panostetaan ammatilliseen kasvuun ja kehitykseen sairaanhoitajien osalta, luodaan jatkuvat harjoitteluohjelmat sekä luodaan stressin seurantaohjelma sitä tarvitseville työntekijöille. Lopputuloksena tunnistetaan, että asiakaskin saa parempaa palvelua hoitajilta. (Gomes 2013, 1282, 1288) Psykologisen tuen tarjoaminen ja potilastilanteiden läpikäyminen yhdessä työntekijän kanssa voisivat myös samankaltaisia tukevia seikkoja.

Psykososiaalisista riskeistä ja työntekijöiden edustamisen haasteellisesta suhteesta on myös tutkimustietoa. Tärkeää, on että psykososiaalisten riskien läsnäolo tiedostetaan, jotta näitä asioita puolestaan voidaan tehdä tunnetuksi työntekijöitä edustaessa. Kuitenkin vaikka nämä asiat aktiivisesti tiedostettaisiin, se ei takaa, että riskit pystyttäisiin tehokkaasti estämään. Vahvan tutkimustiedon puuttuessa ei kuitenkaan pystytä sanomaan kovin paljon varmaksi, mutta yleisesti voidaan todeta yhteistyön lisäämisen eri toimijoiden välillä olevan avain psykososiaalisten riskien paremman huomioimisen kannalta. Tässä prosessissa tarvitaan yhtä lailla työntekijöiden edustajien näkemyksiä kuin itse työntekijöiden kokemuksia. (Walters 2011, 605–606)

Haasteena psykososiaalisten riskien kohdalla on syyllisten hakeminen työntekijöiden joukosta. Onnettomuuksien sattuessa hallitus ja media ovat halukkaita löytämään syyllisen, jonkun kohteen joka on aiheuttanut onnettomuuden omalla toiminnallaan. Syyllisen löydyttyä puolestaan halutaan kysyä, mihin toimenpiteisiin tämä löytö johtaa. (Green 2007, 405 ja Douglas 2013) Tällainen syyllisten hakeminen on omiaan kasvattamaan henkistä kuormitusta ja pelkäämään oman toimintansa oikeellisuuden ja ammattitaitonsa puolesta. Se voi heikentää myös työntekijöiden keskeistä yhteishenkeä.

Asiaton kohtelu on työyhteisön sisällä oleva uhka, joka ei suoraan aiheudu potilaista tai sosiaali- ja terveystalouden asiakkaita. Asiaton kohtelu esitetään yleensä arkikielessä termillä työpaikkakiusaaminen, jolloin ilmiö on subjektiivisempi. Asiattomalla kohtelulla tarkoitetaan käyttäytymistä, jonka perustellusti saattaisi kokea loukkaavana. Tällaiseen käytökseen kuuluu niin uhkailu, halventaminen kuin naurunalaiseksi tekeminen työyhteisössä. Kiusaamisella on negatiivisia vaikutuksia sekä kiusattuun itseensä, että koko työyhteisöön. Asiaton kohtelu aiheuttaa masennusta, ahdistusta, ärtyneisyyttä,

traumaoireita, toimintakyvyn heikkenemistä sekä työn laadun laskemista. Huomioitavaa on, että työpaikkakiusaaminen voi olla fyysistä pahoinpitelyä tai piilotetumpaa aggressiota. Organisaatio kärsii kiusaamisesta paitsi lisääntyneiden sairaspotilaiden muodossa, mutta myös organisaation maine hyvänä työpaikkana heikkenee. Samoin henkilöstön vaihtuvuus saattaa lisääntyä ja kiusaaminen saattaa luoda oikeustapauksia. Myös asiakkaat saattavat joutua kärsimään työpaikkakiusaamisesta. Huono asiakaspalvelu saattaa johtaa ostokäyttäytymisen muutokseen ja siten organisaation tulojen menetykseen erityisesti, mikäli kiusaamisen seuraukset pahenevat ajan kuluessa. (Mayhew et al. 2004, 117, 129–131 ja Bond, Tuckey & Dollard 2010, 52)

Sairaanhoitajien keskuudessa asiaton kohtelu työpaikoilla on vakava ongelma. Jopa 40 prosenttia sairaanhoitajista altistuu jatkuvalla kiusaamisella työpaikallaan. Tämä kiusaaminen voi aiheuttaa sairaanhoitajan työn laadun laskun. Tutkijat esittävät, että kiusaamisen taustalla ovat huonolaatuiset työympäristöt. Työympäristöjen taustalla oleva johtamistapa ja organisaatiokulttuuri ovat tämän toiminnan lähteenä. Organisaatiokulttuuri voi jopa toimia kiusaamista palkitsevana tai hyväksyvänä elementtinä. Ongelmat saattavat provosoida työntekijöitä kiusaamaan toisiaan ja kiusaaminen voi näyttäytyä pätevänä coping-strategiana joillekin henkilölle kestää organisaatiossa olevia muita ongelmia. Lisäksi ilmiön taustalla ovat työn ominaispiirteet ja työntekijöiden välisten suhteiden laatu. (Trépanier et al. 2016, 85–86, 92, 95)

Asiattoman kohtelun ratkaisemisessa on keskeistä se, että työnantaja ja johtajat ottavat selvän roolin siinä, minkälainen käytös organisaation sisällä on hyväksyttävää. Tällöin siis määritellään se, millainen tekeminen ylittää sovinnaisuuden tunnusmerkit. Reagoimalla sanallisesti kiusaamistapauksiin ja tarjoamalla kiusatulle psykologista tukea mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, minimoidaan kiusaamisesta aiheutuvat haitat. Avoimen keskusteluyhteyden luomisen kautta luodaan kanava, jossa johto ja työntekijät voivat käydä keskustelua toistensa kanssa. Tässä vuorovaikutuksessa myös liitoilla ja luottamusmiehillä on oma merkityksensä. Yksi keino tämän järjestelmän tueksi on luoda avoin johtamiskulttuuri, jossa työntekijöiden fyysinen ja psyykinen terveys on aktiivisesti tavoiteltu asia. Se ei yksinään estä kiusaamistapausten syntymistä, mutta tarjoaa niiden kitkemiselle hyvät edellytykset. (Bond, Tuckey & Dollard 2010, 52) Työpaikkakiusaamisen eliminointi on myös keskeistä, kun työpaikka tavoittelee mahdollisimman korkeaa työilmapiiriä. Kun työpaikkakiusaaminen määritellään tiettyjen kriteerien mukaan, voidaan nähdä se työpaikan sisäisenä asiattomana käytöksenä, jolloin ulkopuolisen on mahdollista siihen puuttua.

On myös tunnistettu, että riskienhallintaan liittyvä epävarmuus itsessään ei välttämättä ole huono asia. Grote (2015, 71, 78) argumentoi, että parhaat säännöt riskienhallinnan kannalta eivät välttämättä ole jäykkiä, vaan joustavia. Joustavat säännöt lisäävät epävarmuutta, mutta mahdollistavat ihmisen toiminnan mukautuvasti tilanteen kulloinkin vaatimalla tavalla, näin turvallisuutta lisäävästi. Kyse on tasapainon löytämisestä stabiiliuden ja joustavuuden välille ja esitys on mielenkiintoinen, koska tavanomaisesti

epävarmuutta pyritään pelkästään vähentämään. Grote pohtii artikkelissaan myös ihmisen toimien rationaalisuutta. Sosiaali- ja terveysalan näkökulmasta tämä artikkeli on mielenkiintoinen, koska se kehottaa työntekijöitä aktiiviseen rooliin työturvallisuuteen liittyvissä kysymyksissä ja ottamaan vastuuta turvallisuuden luomisesta omassa organisaatiossaan. Kirjallisuudessa on ehdotettu myös IT-järjestelmiä hyödyntävien riskirekisterien perustamista. Tätä rekisteriä voisi kerryttää esimerkiksi läheltä piti tapausten avulla ja se toimisi riskienhallinnan jatkuvana kehittäjänä. Järjestelmä olisi dynaaminen, koska se pitäisi kirjata muuttuvista tilanteista. (Leva et al. 2017, 143, 155) Tähän liittyen on hyvä myös todeta, että riskirekisteri toimisi erinomaisesti, kun uusia sosiaali- ja terveysalan toimintatapoja tai innovaatioita otettaisiin käyttöön. Tällöin lisääntyvät, tai muuttuvat läheltä piti tilanteet, antaisivat arvokasta informaatiota organisaatiolle.

2.4 Mihin kysymyksiin aikaisempi tutkimus ei vastaa?

Sosiaali- ja terveysalan aikaisempi tutkimus ei täysin vastaa sosiaali- ja terveysalan muuttuneisiin tarpeisiin 2010-luvun Suomessa. Tutkimuksellisesti kaivataan lisää kokonaisvaltaista tutkimusta, jossa huomioidaan paremmin sekä fyysiset turvallisuusuhat että psykososiaaliset vaara- ja haittatekijät. Samoin kaivataan tutkimusta siitä, miten fyysisten altisteiden läsnäolo vaikuttaa psykososiaalisten tekijöiden vaikuttavuuteen eli mikä on molempien keskinäinen yhteisvaikutus työntekijään ja hänen turvallisuuteensa työpaikalla. Tätä voitaisiin lähestyä haastattelun keinoin, jossa kartoitettaisiin monipuolisesti näitä alueita mahdollisten piilovaikutusten havaitsemiseksi. Tapaturmatilastot ja poissaolot työpaikalta eivät välttämättä yksinään kerro riittävästi taustalla vaikuttavista ongelmista. Esimerkiksi työhön liittyvät kuormittavat haittatekijät voivat tarpeettomasti lisätä työntekijöiden vaihtuvuutta ja olla taustalla, jos tiettyihin työyhteisöihin on rekrytointivaikeuksia. Samoin kaikki työn kuormituksen ongelmat eivät välttämättä tule esiin työntekijän työssäoloaikana, vaan terveydelle haitallinen kuormitus voi tulla työperäisten sairauksien kautta esille vasta myöhemmin.

Samoin on tarkemmin kiinnitettävä tutkimuksellista huomiota niihin piileviin ongelmiin, joita saattaa syntyä organisaation sisällä kuten asiattomaan kohteluun ja kommunikaatiokanavien heikkouksiin. Asiaton kohtelu ei välttämättä tule haastatteluissa aktiivisesti esille fyysisiä ja henkisiä turvallisuusuhkia paikannettaessa, koska se on aiheena herkkä ja henkilökohtainen, varsinkin jos haastateltava on itse ollut siinä osallisena. Tällöin tulee tiedostaa se, että haastateltava ei välttämättä ota tämänkaltaista aihetta puheeksi omasta aloitteestaan. Kommunikaatiokanavien vaikeuksista puolestaan saatetaan vaieta sen pelosta, että haastattelun tiedot päätyvät organisaation johdon tietoon ja asiaan ei suhtauduta myötämielisellä tavalla. Tällöin korostuu luottamuksen suhteen aikaansaaminen haastattelijan ja haastateltavan välille. Onnettomuuksien lukumääristä ja niiden seurannasta on puolestaan tällä hetkellä riittävästi tietoa, enemmän kaivattaisiin informaatiota siitä, miten nykyisiä onnettomuuslukemia voitaisiin pudottaa entisestään.

Samoin on tärkeää selvittää, millä tavalla vaara- ja haittatekijät tulisi lainsäädännön mukaan riittävällä tavalla huomioida, jotta organisaatiot saavat tietoa lain hyödyntämistä varten. Nykyisellään lain soveltaminen ja vaarojen suhteen riittävä toimenpiteiden taso voivat jäädä epäselväksi, mikä johtaa vaara- ja haittatekijöiden huomioimatta jättämiseen. Taustalla voi yhtä hyvin olla aitoa ymmärtämättömyyttä kuin silkkää laiminlyöntiäkin. Samoin kaiken tarpeellisen lainsäädännön tuntemus organisaatiossa ei välttämättä ole riittävän korkealla tasolla. Tällöin työntekijät altistuvat riskeille ja mahdollisesti onnettomuuksille, jotka olisivat muutoin olleet helposti estettävissä.

Nykyiselläkin on olemassa jonkin verran kirjallisuutta, joka tukee työturvallisuuslain omaksumista työpaikalla lainsäädäntöä kattavammin. Näistä esimerkkinä Antti Janaksen, Jouni Kallioluoman ja Vesa Ullakonon teos Työturvallisuuslaki - Soveltamisopas (2014), jossa yksityiskohtaisesti käydään läpi työturvallisuuslain (738/2002) vaatimukset ja avataan sitä tietoa, jota lain kirjoittajat ovat halunneet työpaikoille välittää. Kuitenkin tarvitaan vielä lisää yksinkertaistettuja ohjeita ja tutkimustietoa, jolla paremmin varmistetaan, että työpaikkojen vaara- ja haittatekijöiden arviointi on suoritettu asianmukaisella tavalla. Samoin tulee pohtia sitä, miten tämänkaltainen kirjallisuus tavoittaisi sitä kovimmin tarvitsevat henkilöt.

2.5 Miksi vaara- ja haittatekijät tulee huomioida nykyistä paremmin?

Tämän tutkimuksen keskeisimpiä perusteita on työntekijöiden turvallisuuden parantaminen sote-kentässä, jossa työntekijä kohtaa sekä fyysisiä että psykososiaalisia riskejä. Lainsäädännön vaatimuksiin paremmin vastaamalla saadaan vahinkotaajuutta laskettua, jolloin työntekijät kokevat olonsa turvallisemmaksi työpaikallaan ja sairaslomien määrä vähenee. Esimerkiksi oikein tehdyllä riskienarvioinnilla voidaan huomata puutteita yksin tehtävän työn turvallisuudessa ja organisaatio päättää hankkia hälytysnapit työntekijöilleen. Turvallisuuden parantaminen on perusteltua, koska tapaturmataajuus on ollut kasvu-uralla, joten parantamisen varaa varmasti on. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b) Samoin asiantuntijahaastattelujen myötä tuodaan esille myös harvemmin puhuttuja ongelmia kuten työpaikkakiusaamisen ja organisaation tiedonkulun ongelmat, jotka voivat kuormittaa työntekijöitä.

Sote-kentän tapaturmataajuus-lukemissa on laskuvaraa. Lisäksi voidaan esittää, että on arvokas tavoite itsessään pyrkiä kohti pyöreää nollaa tapaturmalukemissa. Nollatapaturmahankkeet ovat tuttuja liikennepuolelta, jossa Liikenneturva (2017) tavoittelee nollavisiota. Esimerkiksi vuonna 2016 liikenteessä kuoli 235 ihmistä Liikenneturvan alustavien tietojen mukaan. Teollisuuden puolella vuonna 2003 perustettu Nollis ajaa samaa asiaa. Nollis on 390 jäsenyöpaikan avoin verkosto, jossa on yrityksiä 59 eri toimialalta. Sen tavoitteena on jakaa keskenään hyviä turvallisuuskäytäntöjä ja jatkuvan parantamisen keinoin kehittää työturvallisuutta. Nolluksen jäsenet jakavat nolla-

ajattelutavan, mikä tarkoittaa sitä, että työturvallisuuden parantamiseen ja kehittämiseen on sitouduttu. Foorumin taustalla toimii työturvallisuuslaitos. (Nollis 2017) Näiden hankkeiden olemassaolo kertoo siitä, että tapaturmataajuuden vähentäminen nähdään yhteiskunnallisesti tärkeänä tavoitteena. Samoin maamme turvallisuusalan ylin viranomaisen sosiaali- ja terveysministeriön työsuojeluosaston päällikkö ylijohdaja Leo Suomaa korostaa, että kaikki tapaturmat kunnissa ovat torjuttavissa. Tämän tavoitteen saavuttamisessa keskeinen rooli on johtamisella ja yhteistyöllä. (Työturvallisuuskeskus 2012, 3)

Vaara- ja haittatekijöiden paremman huomioimisen puolesta puhuvat myös eettiset näkökulmat. Esimerkiksi moraalisesti ihmisen elämän suojeleminen nähdään arvona sinänsä, jonka noudattamisvaatimusta ei sen tarkemmin tarvitse perustella. Samaan tapaan työturvallisuuslain (738/2002) 8 §:ssä suoraan säädetään laajasti työnantajan huolehtimisvelvoitteesta työntekijää kohtaan. Toki työturvallisuuslaki velvoittaa myös työntekijää, mutta laki tarjoaa työntekijälle myös vahvan suojan johon turvautua mahdollisen vahingon osuessa kohdalle.

2.6 Sote-alan keskeiset vaarat ja terveysuhat tilastojen mukaan

Sosiaali- ja terveysalan vaaroista ja riskeistä on tehty tutkimusta aikaisemmin ja alaan liittyvät tilastot ovat Suomen kontekstissa kattavia. Esimerkiksi THL:n julkaisema Sosiaali- ja terveysalan vuosikirja (2016, 168–170) avaa runsaasti sektoriin kuuluvia lukuarvoja. Vuonna 2014 kuntien sosiaali- ja terveystaloudissa työskenteli 132 387 ihmistä ja vastaavasti sosiaalipalveluissa 126 180 henkilöä. Kokonaisuutena 2013 terveys ja sosiaalipalveluissa työskenteli koko maassa 386 364, joista yksityisellä sektorilla 28,3 prosenttia työvoimasta. Yksityisen sektorin prosentuaalinen osuus on kasvanut merkittävästi lähivuosien aikana. Esimerkiksi vuonna 2005 terveys- ja sosiaalipalveluissa työskenteli 335 700 henkilöä, joista 23,2 prosenttia yksityisellä sektorilla. Yksityisen sektorin kasvun takia onkin tärkeää kiinnittää huomiota organisaatioiden toimintatapoihin, jotta työntekijöiden vaara- ja haittatekijöiden tarkastelu pysyy asianmukaisena.

Vuosikirjasta ammattijakaumista selviää (2016, 168-170) myös se, että vuonna 2013 sosiaalialan erityisasiantuntijoista miehiä oli 10,8 prosenttia työvoimasta, sairaanhoitajista 7,9 prosenttia, lähihoitajista 9,6 prosenttia, hammaslääkäreistä 28,7 prosenttia ja psykologeista 12,8 prosenttia miehiä. Eli johtopäätöksenä voidaan todeta, kun puhutaan sosiaali- ja terveysalan työntekijöihin kohdistuvista riskeistä, puhutaan pitkälti naistyöntekijöihin kohdistuvista riskeistä, vaikka prosentiosuuksissa on ammattikohtaista vaihtelua. Naisvaltaisten työpaikkojen erityispiirteet kuten raskaus ja äitiyslomat tulee ottaa huomioon vaara- ja haittatarkastelussa, esimerkiksi puhuttaessa säteilyn parissa tehtävästä työstä tai fyysistä nostoista. Raskausajan suhteen paitsi raskaana olevaan kohdistuvat terveysuhat, mutta myös työsuhteiden lyhyet kestot ja määräaikaaisuudet ovat selvä riskitekijä.

Huomioitavaa kuitenkin on, kun siirrytään esimiestehtäviin, prosentiosuuksissa tapahtuu merkittävä kasvu miesten eduksi. Esimerkiksi terveydenhuollon johtajissa 42,3 prosenttia on miehiä, Sosiaalihuollon johtajissa 30,9 prosenttia, ylilääkäreissä 40,2 prosenttia oli miehiä. Tämä muutos ei kuitenkaan koske kaikkia aloja esimerkiksi lastenhoidon johtajissa miehiä on vain 7,6 prosenttia ja vanhustenhuollon johtajissa 14,6 prosenttia. (Sosiaali- ja terveystalouden vuosikirja 2016, 168–170)

Esimerkiksi työterveyslaitos on toteuttanut vuonna 2006 haastattelututkimuksen koskien työn vaarallisuutta ja rasittavuutta päätoimialoilla. Kokonaisrasittavuudessa terveys- ja sosiaalipalvelut on listattu neljänneksi huonoimmaksi: henkinen rasittavuus on ammattiryhmien valitettavasti kärkeä, mutta myös fyysinen rasittavuus on huomattavalla tasolla. Esimerkiksi 47 prosenttia työntekijöistä piti henkistä rasittavuutta suurena tai melko suurena. (Laitinen, Vuorinen & Simola 2009, 34) Tapaturmataajuuden suhteen sosiaali- ja terveysala on hienoisessa kasvussa. Vähintään neljän päivän työstä poissaoloon johtaneita tapaturmia sattui vuonna 2010 4902 kappaletta eli 13,6 per tuhat palkansaajaa. Esimerkiksi vuosina 2004 ja 2002 tapaturmia osui kohdalle vastaavasti 11,7 ja 11,5 tuhatta palkansaajaa kohti. (Työ ja Terveys Suomessa 2012, 204 ja Tilastotietoja työoloista ja työterveydestä 2012, sitaatti)

Sosiaali- ja terveysalalla sattuu vuosittain jonkin verran kuolemantapauksia. Kokonaisuudessaan Tilastokeskuksen (2017) Liitetaulukko 1 mukaan 2015 vuonna työpaikkatapaturmissa kuoli 27, joista työmatkalaisia oli 3. Tämä vastaa 1,3 kuolemantapausta 100 000 palkansaajaa kohti. Tästä 27 henkilöstä menehtyi 2, yksi nainen ja yksi mies. Tämä selviää Tilastokeskuksen liitetaulukosta 2. Vuonna 2015 eniten kuolemantapauksia, 5 kappaletta, sattui hallinto- ja tukipalvelutoiminnassa, johon kuuluu esimerkiksi vartiointi sekä useita lyhytkestoisia työpalveluita. Trendi on ollut viime vuosina samankaltainen: joinain vuosina menehtyneitä sosiaali- ja terveysalan työntekijöitä ei ole ollut yhtään. Eli tilastokeskuksen kappalemäärien mukaan voidaan päätellä, että sosiaali- ja terveysalalla sattuvat tapaturmat ovat suhteellisen harvoin henkeä uhkaavia, vaikka työssä onkin henkisen ja fyysisen rasittavuuden elementti. Kuitenkin satunnaisvaihtelua vuosien välillä ei voida täysin sulkea pois arvioista.

Toisaalta myös tiedetään, että ammattitautien suhteen sosiaali- ja terveysala on verrattain hyvällä tasolla. Ammattitauteja ilmeni vuonna 2010 570 kappaletta eli 1,7 tuhatta työllistä kohti, mikä on nelinkertaisesti pienempi kuin kaivosalan vastaava lukema. Rasisairaudet, ihotaudit ja hengitystieallergiat ovat tavanomaisimpia ammattitautien aiheuttajia eli suurimmaksi osaksi ei puhuta työntekijän henkeä uhkaavista sairastumisista. Samaan tapaan sosiaali- ja terveysalan toimialakyselyissä työntekijät näkevät oman toimintakykynsä ja terveydentilansa hyväksi, vaikka aikaisemmassa vuoden 2005 kyselyssä nämä vielä heikkenivätkin. (Työ ja Terveys Suomessa 2012, 204, 206)

Yli 20 prosenttia sosiaali ja terveysalan työntekijöistä kokee fyysistä väkivaltaa tai sen uhkaa. Fyysisen väkivallan lukemat ovat kasvusuunnassa johtuen kertaluonteisista väkivaltatapauksista. Sosiaali- ja terveysalalla on altistavia tekijöitä, jotka lisäävät työntekijän riskiä joutua väkivallan kohteeksi. Näitä ovat yksin työskentely tai työskentely vajaamiehityksellä, työskentely yöaikaan sekä epävakaiden mielenterveysongelmaisten kanssa työskentely. (Saarsalmi & Koivula, 2017, 31 ja Valtion tilintarkastajien muistio 2007 (sitaatti?)) Sosiaali- ja terveysala ei toki ole ainoa sektori joka kärsii näistä haasteista, mutta suurena työllistäjänä sen painoarvo on iso kansallisessa tarkastelussa.

Tämän tilasto-osion tietoja lähestyy olennaisesti seuraavassa luvussa esiteltävä tietokantojen analyysi, jossa perehdytään tarkemmin tapaturmavakuutuskeskuksen eli TVK:n sivuilla olleeseen tietoon sosiaali- ja terveysalan riskeistä sekä niihin liittyvistä kappalemääristä.

3. TYÖN KOHDE JA SOTE-ALAN OSATEKIJÄT

Tutkimuksen kohteena ovat Tampereen yliopistollisen sairaalan eli Taysin työntekijät. Diplomityön tutkimuskysymykseen vastataan kolmea eri tutkimusmenetelmää hyödyntäen. Dokumenttianalyysissä tarkastellaan Taysin jo tehtyjä turvallisuuskartoituksia kahdelta eri alueelta, tietokantojen analyysissä keskitytään tapaturmavakuutuskeskuksen tilastoihin ja niiden pohjalta saatavaan informaatioon. Kolmas menetelmä rakentuu sote-asiantuntijoiden haastattelujen varaan. Johtopäätöksenä saatiin vaara- ja haittatekijöiden kuvaukset, jotka täydentävät toistensa tuloksia, joten eri menetelmien käyttö monipuolisen vaara- ja haittatekijöiden tunnistamisen tukena voidaan nähdä perusteltuina. Haastatteluissa korostuivat päivittäiset uhkatekijät sekä riskien arvioinnin parissa tehtävä työ. Osatehtävät tulkittiin teemoittelemalla: usein esille nousseet asiat, tilastollisesti merkittävät tekijät ja riskimatriisin suurimmat riskit saivat eniten huomiota. Lisäksi tulosten väliset erot ja yhtäläisyydet olivat mielenkiinnon kohteena.

3.1 Työn kohteena olevan sairaalan ja kohdeaineiston yleiskuvaus

Työn kohteena ovat julkisen sosiaali- ja terveysalan erikoissairaanhoidon työntekijät. Rajausteknisistä syistä haastateltavat on valittu Tampereen alueelta ja he ovat pitkälti suoraan työsuhteessa Tampereen yliopistolliseen sairaalaan. Haastateltavat on valittu siten, että he edustavat sekä työntekijöitä että esimiehiä. Tällöin aineistossa voidaan keskustella esimerkiksi siitä, miten turvallisuuden asiantuntijataso työpanos näkyy työntekijöiden ja esimiesten arjessa. Haastateltavia lähestytään nimettöminä.

Haastateltavat työskentelevät suoraan Tampereen yliopistollisen sairaalan työntekijöinä. Tays on toimipisteenä monipuolinen ja monipaikkainen. Keskussairaalan, jossa pääosa potilaista saa hoitonsa, lisäksi siihen kuuluu Pitkänieni Nokialla sijaitseva psykiatrinen sairaala, kehitysvammahuollon yksikkö, myöskin Nokialla, sekä sädehoitoa tarjoava Lahden yksikkö. Keskussairaalan välittömässä läheisyydessä toimivat esimerkiksi erillinen Tays sydänsairaala, tekonivelsairaala Coxa sekä potilashotelli Norlandia Care Tampere. Tampereen yliopistollisella sairaalalla on myös monipuolinen opiskelijayhteistyö sekä Tampereen yliopiston lääketieteen yksikön, että Tampereen ammattikorkeakoulun kanssa. (Tays 2017) Suurin osa haastateltavista työskentelee yliopistollisen keskussairaalan tiloissa. Tällä hetkellä alueella on suuri rakennustyömaa, olemassa olevaa rakennusinfraa uudistetaan.

Tays on työnantajana ennalta tunnetusti huomioinut työturvallisuuslaissa vaadittuja edellytyksiä. Työyhteisössä on esimerkiksi oma henkilöstöpoliittinen ohjelmansa. (Tays

2013) Haastateltavien mukaan Taysissa on silloin tällöin myös turvallisuuskampanjoita koskien esimerkiksi sairaanhoitajia tai sisäilmaa. Yliopistollisena sairaalana työntekijöiden oloihin liittyy paljon haasteita. Sairaalassa on hoidettavia potilaita vuorokauden ympäri, joten osa henkilökunnasta tekee vuorotyötä. Samoin organisaatiossa on välillä kiirettä, koska akuuttia hoitoa tarvitsevat potilaat eivät voi odottaa.

3.2 Diplomityön osatehtävät ja saatujen tulosten eteen tehtävä tulkintatyö

Tutkimusotteena diplomityössä hyödynnetään monimenetelmätutkimusta. Se on yhdistelmä sekä kvalitatiivisia tutkimusmenetelmiä että kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä. Monimenetelmätutkimuksen hyöty perustuukin siihen, että se voi vastata samaan aikaan sekä laadullisiin että määrällisiin kysymyksiin. (Sormunen et al. 2013, 312) Johnson et al. (2007, 124) on määritellyt erilaisia monimenetelmätutkimuksen tyyppejä janan avulla. Toisessa ääri laidassa ovat laadullisiin menetelmiin painottuvat menetelmät ja toisessa puolestaan määrällisiin menetelmiin keskittyvät. Keskellä ovat tutkijoiden mukaan niin sanotut puhtaat monimenetelmätutkimukset, joissa on sekä laadullisia että määrällisiä elementtejä tasaveroisesti.

Tässä diplomityössä hyödynnettiin kolmea eri tutkimusmenetelmää. Pääasiallisesti tämä diplomityö keskittyy laadullisiin menetelmiin, koska se hyödyntää litteroitujen haastattelujen dataa aineistona. Kuitenkin kvalitatiivinen sanana ei menetelmällisesti itsessään anna riittävää kuvaa, miten tutkimuskysymykseen on vastattu, sillä tietokantojen analyysissä ja dokumenttianalyysissä mukana on myös määrällinen elementti. Tutkimusta voidaankin siitä syystä pitää laadullisesti painottuneena monimenetelmätutkimuksena. Näiden tutkimusmenetelmien käyttö jaettiin osatehtävittäin, perusteena ollen se, miten parhaiten menetelmien avulla pystytään vastaamaan tutkimuskysymykseen: Mitkä ovat keskeiset vaara- ja haittatekijät sairaalan työntekijöiden keskuudessa ja miten näitä vaaroja pyritään poistamaan tai niiden vaikutusta ehkäisemään?

3.2.1 Dokumenttianalyysin yleiskuvaus

Dokumenttianalyysi toteutettiin kohteissa jo tehtyjen riskienarviointien pohjalta. Rajausteknisistä syistä tässä tutkimuksessa päädyttiin valitsemaan kaksi erikseen yksilöimätöntä sairaalan toimialuetta. Laajuudeltaan dokumentit olivat mittavia: yhteensä vastaajia oli lähes 3000 kappaletta. Tarvittavien dokumenttien tutkimuskäyttöön saaminen edellytti yliopistollisen sairaalan antamaa erillistä tutkimuslupaa. Oma tutkimuslupa vaadittiin erikseen haastattelujen toteuttamiseen ennen kuin tutkimukset voitiin aloittaa.

Kun tarvittavat dokumentit oli saatu, nousi keskeiseksi asiaksi niiden välisten erojen tunnistaminen. Mitä eri asioita eri dokumenteissa oli nostettu maininnan arvoisiksi. Samoin oli tärkeää tunnistaa, mitä tekijöitä jäi tarkastelussa vähemmälle huomiolle. Dokumenttianalyysistä saattoi näin tunnistaa toistuvia teemoja: niitä jotka useampi vastaaja on huomionnut ja vastaavasti niitä, joiden tärkeys on havaittu vain muutamassa kohteessa. Suuren vastaajajoukon ja valmiin datan takia, tutkimusmenetelmä oli numeroarvoihin perustuva: eri lukujen suuruuksien keskinäinen vertailun ja merkittävyyden arvioinnin lisäksi tutustuttiin sanallisiin vaara- ja haittatekijöiden kuvauksiin. Diplomityön näkökulmasta painottuivat suurimmat riskitekijät merkittävyytensä takia, toki oli myös tutkijana pohdittava sitä, kuinka oikein riskien keskinäinen suuruus oli määritetty. Esimerkiksi psykososiaaliset riskit olivat usein arvioitu todellisuutta pienemmiksi. Dokumenttianalyysin tiedot toimivat hyvänä vertailukohtana tietokantojen analyysille ja haastatteluille. TVK:n tietokannassa näkyvät sattuneet tapaturmat. Ideaalitulanteessa dokumenttianalyysi vastaa juuri tähän korjaustarpeeseen. Joitain puutteita oli kuitenkin havaittavissa, sillä kaikkea työhyvinvointiin liittyvää ei kirjata tapaturmatilastoihin kuten esimerkiksi sisäilman ongelmia. Haastatteluissa puolestaan saattoi nousta esiin teemoja, joita ei virallisen dokumentin perusteella edes osannut ajatella.

3.2.2 Tietokantojen analyysin yleiskuvaus

Tietokantojen analyysi osatehtävä toteutettiin hyödyntäen tapaturmavakuutuskeskuksen eli TVK:n tilastoja. Nämä tilastot antoivat käsityksen tapaturmien määrästä sosiaali- ja terveyssektorilla, missä päin Suomea tapaturmia sattuu ja samalla myös vertailukohdan muiden toimialojen tapaturmataajuuksiin. Näin pystytään arvioimaan määrien suhteellista suuruutta toisiin toimialoihin, joissa on paljon työntekijöitä. Alojen kohdalla, joissa on vain vähän työntekijöitä, satunnaisvaihtelu hankaloittaa vertailuasetelmien työstämistä. Työssä hyödynnettiin 2000-luvun jälkeen saatuja lukuarvoja, jotka ovat riittävän tuoreita, jotta niiden pohjalta voidaan tehdä päätelmiä tapaturmaluvuista ja niiden kehityksestä. Hyödyllisiä tilastoja löytyy suoraan myös muiden lähteiden kautta, mutta loogisena rajauksena tapaturmavakuutuskeskuksen tiedot ovat hyvä ja kattava lähtökohta tämänkaltaiselle analyysille. Lisäksi tapaturmakeskuksen tietojen luotettavuus on korkea.

Yleisesti tapaturmavakuutuskeskuksen sisältämät onnettomuustilastot kattavat kaikki pakollisesti vakuutetuille eli palkansaajille tapahtuneet onnettomuudet. Nämä järjestelmään kirjatut onnettomuudet TVK jakaa kolmeen luokkaan: Ensimmäinen luokka on työpaikalla ja muuten työhön linkittyneissä tehtävissä sattuneet vahingot, työpaikan ja kodin välillä tapahtuneet työmatkatapaturmat sekä työpaikkatapaturmien taajuudet. Työtapaturman taajuuksilla tarkoitetaan sitä laskutoimitusta, jossa verrataan toisiinsa tehdyn kokonaistyön määrää ja sinä kokonaistyön aikana sattuneita työtapaturmia. Tapaturmavakuutuskeskus saa tarvitsemansa tiedot tehdyn työn määrästä

työvoimatutkimuksesta, jota julkaisee Tilastokeskus. Työvoimakeskuksen tietoihin joudutaan tekemään pieniä muutoksia kuten esimerkiksi siirtämään kuntasektorilla sattuneet onnettomuudet oman pääotsakkeensa alle, jotta sitä voidaan verrata vahinkoaineiston sisältämän informaatioon. Kokonaistyön määrä ja kokonaistyön aika ilmoitetaan kappalemäärin suhteutettuna miljoonaa työtuntia kohtaan. Huomioitava on, että tilastoissa yhtenä mittausyksikkönä käytetään yhtä korvattua onnettomuutta, jolloin onnettomuus, jossa loukkaantuu samanaikaisesti vaikkapa viisi ihmistä näkyy TVK:n tilastoissa viitenä tapaturmana eikä suinkaan yhtenä onnettomuutena. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017c) Lisäksi huomioitavaa on, että erittelyn takia työmatkatapaturmien piiriin ei lasketa työssä sattuvia liikkumiseen liittyviä tapaturmia, jotka ovat määrältään todella yleisiä sairaalassa.

Kaikki tapaturmatilastointi ei kuitenkaan kuulu tapaturmavakuutuslaitoksen järjestelmän piiriin. Ammattitauteja tai niiden epäilyjä ei kirjata rekisteriin. Samoin työntekijöiden vapaa-aikana käyttämistä vakuutuksista ei tehdä merkintöjä tapaturmavakuutuskeskuksen rekistereihin. Samoin yrittäjien kuten maatalousyrittäjien eläkelaitoksen korvaamat vahingot samoin kuin vapaaehtoisesti vakuutusta maksaneiden yrittäjien jäävät tarkastelujen ulkopuolelle. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017c)

Keskeistä tilastotietoa sosiaali- ja terveysalalla esiintyvistä tapaturmista ovat tietysti niiden määrät, jotta niiden suhteellisesta määrästä saisi käsityksen on hyvä mainita, mitä lukuarvot ovat kaikilla aloilla yhteenlaskettuna. Vuoden 2017 tietoja ei ollut diplomityön kirjoitushetkellä vielä saatavilla, joten uusin saatavilla ollut data oli vuodelta 2016. Lisäksi hyödynnettiin paljon vuoden 2015 tietoja, sillä ne olivat pääosin hyvin saatavilla. Kaikille palkansaajille korvattiin ennakkotietojen mukaan 101 000 työtapaturmaa vuonna 2016. Työpaikkatapaturmien taajuus samana vuonna oli 29 onnettomuutta miljoonaa työtuntia kohden. Molemmat lukuarvot olivat suurempia kuin vuonna 2015, esimerkiksi 28,8 oli onnettomuustaajuus vastaavana aikana ja onnettomuustilastoissa nähtiin 3 prosentin kasvu verrattuna vuoteen 2015. Kuolemantapauksia oli kuitenkin vähemmän, ennakoarvion mukaan 20 kappaletta, kun 2015 vuonna niitä oli 25. Vuonna 2014 kuolemantapauksia sattui 24. 2000-luvun alkuvuosiin laskua on selvästi. Kuolemantapaukset olivat tällöin 40–50 välisessä haarukassa. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017a)

3.2.3 Haastattelujen yleiskuvaus

Asiantuntijoiden kanssa käydyt kahdenkeskeiset haastattelut nauhoitettiin sanelimella, ja haastattelun kuluessa kirjoittaja teki myös muistiinpanoja. Yksi haastattelu toteutettiin ryhmämuodossa. Keskustelut olivat luottamuksellisia ja saatua aineistoa käsiteltiin huolellisesti. Saatua kohdeaineistoa kertyi useita tunteja, sillä keskustelut olivat laajoja ja analyttisiä. Tämä antoi edellytyksiä aineiston luennalle sekä teemoittelevalle analyysille, kun haastattelusta toiseen samat teemat ja haasteet nousivat aina uudestaan esille. Samalla se lisäsi kuitenkin kohdeaineiston määrää, jolloin kaikkea ei diplomityön

rajoissa pysty millään käsittelemään tulososiossa. Kaikki vastausmateriaali ei myöskään kuulunut suoraan tutkimuskysymyksen alle, sillä keskustelut saattoivat harhautua sivuraiteille mielenkiintoisen aiheensa takia.

Saatu informaatio on arvokasta organisaatioille, sillä se osoittaa konkreettisesti ne vaarat, joita nykyisellään ei havaita riittävän hyvin organisaation sisällä. Tätä asianosaisen tietoa voidaan määrittellä toisen tiedon käsitteellä. Se on virallisen tiedon vastakohta, joka ottaa huomioon henkilökohtaisen kokemuksen. Toinen tieto voikin toimia virallisen tiedon haastajana tarjoten äänen kokijalle. Sosiaalityössä toinen tieto on tärkeä käsite, kun halutaan tuoda esille esimerkiksi heikossa asemassa olevan asiakkaan ääni esille. (Juhila 2006, 106, Karjalainen & Saranpää 2001 ja Julkunen 2001) Organisaatiossa toinen tieto voi olla tärkeää esimerkiksi sen takia, että virallisesti organisaatio ei myönnä jotakin asiaa kuten esimerkiksi rakennuksen sisäilmaongelmia tai homevaurioita todeksi, vaan asian tuominen aktiivisesti esille voi jäädä työntekijän harteille. Työturvallisuuslain soveltamisen haasteita arvioitiin myös yleisesti, samoin niitä työturvallisuuden toimintatapoja, joita omassa työssä jo parhaillaan hyödynnetään. Myös paljon uusia toteuttamisideoita keksittiin.

Haastatteluja suorittaessa hyödynnettiin tutkimusmenetelmänä puolistrukturoitua haastattelua. Monesti puolistrukturoitu haastattelu toteutetaan teemahaastatteluna, jossa on tutkijan ennalta päättämä aihe. Kuitenkin kysymysten muodossa ja järjestyksessä voidaan haastateltavien mukaan tarpeen tullen poiketa. (Ruusuvoori & Tiittula 2005) Tutkimuksen kannalta ei olisi ollut mielekästä luoda haastatteluista liian vapaita, jotta vaara- ja haittatekijöiden arvioinnista eksyttäisiin liian kauaksi, toisaalta ei ollut mielekästä liikaa rajata vastaajien omaa kerrontaa ennalta asetettuihin vaihtoehtoihin. Tästä syystä tutkimuksessa päädyttiin puolistrukturoituun rakenteeseen.

Puolistrukturoidut haastattelut rakentuivat haastateltavien kanssa seuraavasti. Ensin haastateltavalle kerrottiin yleisesti johdatus haastattelulle ja selitys sille, miksi haastatteluja oltiin toteuttamassa ja miten saatuja tietoja hyödynnettäisiin. Tämän jälkeen kävin lävitse liitteessä A esitetyn kysymyspatteriston kysymykset soveltuvien osin. Mikäli henkilöllä oli syvempää tietoa jostakin esillä olleesta kysymyksestä, saattoi lisätietoa saada parhaiten kysymällä aiheesta jatkokysymys. Kun vastaus kysymykseen oli saatu, kirjattiin tärkeimmät huomiot ylös paperille. Tämän lisäksi luonnollisesti käyty keskustelu nauhoitettiin, jotta saattoi myöhemmin varmentaa, mistä asioista haastattelussa oli ollut kyse.

3.2.4 Haastatteluissa käytetyt kysymykset ja haastattelujen tulkintaprosessi

Haastattelut olivat kestoltaan vaihtelevia. Ryhmäkeskustelu kesti 1,5 tuntia ja muut yksilöhaastattelut noin tunnin. Aika valikoitui tunniksi, koska useimmilla sosiaali- ja terveystieteiden ihmisillä on runsaasti työtehtäviä, jolloin pidempää ajanjaksoa on vaikea

vapauttaa. Haastattelu koostui kahdesta osasta, ensin käytiin yleisesti läpi se, miksi haastatteluja ylipäätään tehdään. Toisessa osassa käytiin läpi haastattelun johdantopuhe, jonka jälkeen oli vuorossa kysymysrunko. Myös haastattelujen tulkintaprosessiin kiinnitettiin huomiota.

3.2.5 Taustoitus haastattelutilanteelle

Haastatteluissa esitetyt kysymykset vaihtelivat jonkin verran riippuen siitä, missä tehtävissä haastateltava itse toimi. Päälliköinä toimivilla henkilöillä ei tyypillisesti ollut yhtä tuoretta käytännön työkokemusta ja näkemystä riskeistä, kuin asiantuntija- ja potilastyötä tekevillä. Kuitenkin johtavassa asemassa olevat olivat tarkemmin selvillä siitä, mitä työturvallisuuteen liittyviä ohjelmia ja hankkeita organisaatiossa on tekeillä tai aikaisemmin järjestetty. Samoin sosiaalialan koulutuksen saaneet henkilöt lähestyivät potilaita eri tavalla kuin terveydenhuoltoalan koulutuksen saaneet ihmiset erilaisesta toimenkuvasta johtuen. Tästä syystä räätälöintiä vaadittiin haastatteluissa myös tässä mielessä.

Ennen kysymysrunkoa, haastateltaville kerrottiin taustat itse haastateltavasta ja diplomityöstä, jota varten aineistoa oltiin keräämässä. Heille annettiin myös tilaisuus kysyä yleisesti tutkimuksesta ja siitä, miten haastattelumateriaalia tullaan hyödyntämään. Haastateltavat suhtautuivat tilanteeseen yleisen myönteisesti haastattelun vapaaehtoisuudesta johtuen. Haastattelun syyt avattiin tarkasti jokaisen haastattelun alkaessa. Liitteessä A on esitetty haastattelun johdantopuheena toimiva monologi ja sen jälkeinen kysymysrunko, jonka eri aihealueet on esitetty tummennetulla tekstillä. Tavoitteena oli, että jokainen aihealue tuli käsiteltyksi jokaisen haastatellun kanssa, mikä tarkoitti käytännössä sitä, että välillä haastateltava joutui siirtymään seuraavaan aihealueeseen, vaikka asiaa edellisestä olisi vielä riittänyt. Kysymysrungossa on tiettyjen kysymysten kohdalla vaihtoehtoja johtuen siitä, että täsmälleen samoja asioita ei ole mielekäästä kysyä eri sektoreilla toimivilta ihmisiltä. Haastattelujen edetessä nousi myös halu vaihtaa esitettyjä kysymyksiä ja tarkentaa niitä entisestään, mutta perusasiat päädyttiin loogisuuden säilyttämiseksi kysymään jokaiselta haastateltavalta.

3.2.6 Haastattelujen tulkintaprosessi

Haastattelujen tulkintaprosessi eteni johdonmukaisesti. Jokainen haastattelu läpikäytiin ääninauhalta, ja litteraation avulla poimittiin tutkimukseen olennaisimmat asiat. Diplomityössä käytetyt litteraatiot on siivottu täytesanoista ja kirjoitettu mahdollisimman selväkielisesti, jotta lukija tavoittaisi mahdollisimman helposti puheen viestin. Tarkoituksena ei ole ollut muuttaa alkuperäistä viestiä, vaan pikemminkin tuoda se paremmin esille tekstin joukosta.

Johtuen haastateltavien kiireistä ja tuotetun puheen määrästä, eri haastatteluissa saatiin käytyä eri määrä kysymyspatteriston kysymyksiä. Tästä syystä haastatteluissa piti

aktiivisesti huolehtia siitä, että olennaiset kysymykset eri aihepiireistä saatiin käsiteltyä. Suunnittelua tehdessä tärkeää oli, että tietyt avainkysymykset saatiin esitettyä kaikille haastateltaville. Nämä avainkysymykset pureutuivat vaara- ja haittatekijöiden tunnistamiseen ja niihin asioihin, joita välttämättä viralliset selvitysmenettelyt eivät kyenneet huomaamaan. Toinen keskeinen näkökulma oli tavoittaa sellaisia työpaikkaan liittyviä tekijöitä kuten ilmapiiriä, kiusaamista ja ilmanlaatua, joita välttämättä ensimmäisenä työn fyysisiä vaaroja pohtiessa tule ajatelleeksi.

Kysymysten määrän ohella tärkeää oli tietysti vastaajien asiantuntemus. Vastaajien joukossa oli kaksi työturvallisuuden erityisasiantuntijaa. Kummallakin heistä oli yli 10 vuoden työkokemus alan tehtävistä. Ensimmäinen oli erikoistunut lisäksi HR-tehtäviin, kun taas toisen vastuulla oli fyysisen ja psyykkisen henkilöturvallisuuden lisäksi myös paloturvallisuus. Terveystieteiden sosiaalityön vaara- ja haittateskustelusta vastasivat yksi sosiaalityöntekijä ja kaksi sosiaalityön lähiesimiestä. Sosiaalityöntekijä oli aloittanut hiljattain sen sijaan lähiesimiehet ovat useamman vuosikymmen työkokemuksen omaavia kokeneita ammattilaisia. Lisäksi haastateltiin turvallisuusasioihin lisäkoulutautunutta sairaanhoitajaa, jolla on 10 vuoden kokemus nykyisistä työtehtävistä ja monipuolinen edeltävä työura. Myös psykiatrian osastolla työskennellyttä henkilöä haastateltiin. Hänen ammatiaan ei yksilöidä tunnistettavuussyistä. Kokonaisuutena he kattoivat monipuolisesti sairaalan eri toiminnot.

4. TULOKSET JA NIIDEN TARKASTELU

Saadut tutkimustulokset osoittavat, että vaara- ja haittatekijät eivät nykyisellään ole riittävästi hyvin huomioituja sosiaali- ja terveysalan kentässä. Vaarat on tunnistettu kattavasti, mutta riskien suuruuden arvioinnissa sekä riskien poistamisessa on tehtävää. Tutkimuksen tuloksia analysoidaan osatehtävittäin ja lopussa vedetään yhteen keskeiset yhteiset tulokset osatehtävien välillä ja tulosten pohjalta esiin nousseet erot. Tämän perusteella sosiaali- ja terveysalan sektorista ja sen turvallisuuden nykytilasta voidaan esittää, että erityisesti työperäisten väkivaltatilanteiden ja liikkumistapaturmien ehkäisemisen puolesta on ryhdyttävä lisätoimenpiteisiin.

4.1 Haastattelujen tulokset

Fyysiset vaaratilanteet ja altisteet

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Työturvallisuustyössä (fyysisiin vaaratilanteisiin) niihin törmää ei nyt ihan päivittäin, mutta viikoittain. Että on sattunut erilaisia ja niistä yleisimmät on nimenomaan nämä liikkumiseen liittyvät tapaturmat. Ne sisältävät nämä työmatkatapaturmat, plus sitten täällä kiinteistöjen piha- tai sisätiloissa olevat liikkumistapaturmat”

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Sitten on sähkö, neulanpisto ja potilassiirron yhteydessä (tapaturma). Ne ovat yleisimmät tapaturmatyyppit.”

”Haastattelija: Minkä verran on väkivaltaan perustuvia vaaratilanteita?”

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Aika paljon ja valitettavasti se on lisääntynyt eli meillä on vaaratilanneraportointijärjestelmä nimeltä HaiPro käytössä. Siinä olisi se tavoiteltava, että näiden sattuneiden osumien lisäksi ilmoitettaisiin läheltä piti tilanteet, ja valitettavasti siellä, jos meillä on ilmoituksia vuositason 3500 suurin piirtein, niin niistä kaksi kolmasosaa on pelkästään työväkivaltaan liittyviä tapaturmia, jotka painottuvat kahdelle toimialueelle”

”Työturvallisuusasiantuntija 2: *Haastattelijan kysyessä väkivallan lajeista* Eniten on kehitysvamma puolella, tönimistä, hiuksista kiinni ottamista sekä puremista... Kehitysvamma puolelta tulee 60 prosenttia ja psykiatriselta puolelta 20 prosenttia”

Fyysistä vaaroista käydyn keskustelun pohjalta sairaalaympäristössä fyysiset riskit ovat huomattavia. Työmatkaliikenteessä ja sairaalan sisällä tapahtuva liikkuminen altistavat työntekijät monenlaisille vaaratekijöille. Esimerkiksi ulkoalueiden puutteellinen valaistus on yksi tekijä, joka voi lisätä liukastumista sairaalan alueella. Toinen ovat lattialla sijoitetut tavarat kuten johdot, joihin työntekijä saattaa kompastua. Väkivaltatilanteet ovat

myös arkipäivää. Työturvallisuusasiantuntija viittasi pahimpina alueina kehitysvamma puolen tilanteisiin ja toiseksi pahimpana psykiatrian alueeseen. Vaikka lievä väkivalta on tyypillisempää, esiintyy lisäksi hoitajien päähän kohdistuvia iskuja, jotka aiheuttavat tajunnanmenetyksiä tai aivotärähdyksiä. Työntekijöitä myös potkitaan. Sähkö ja neulanpistot ovat myös uhkia, jotka liittyvät esimerkiksi hoitajan tekemään päivittäiseen työhön. Vahingossa tapahtunut neulanpisto voi aiheuttaa taudin verivälitteisesti.

Haastattelussa toinen turvallisuusasiantuntijoista antoi esimerkkikuvauksia siitä, millaisia väkivaltakuvauksia henkilökunta sekä vartijat potilaista kirjoittavat. Tyypillinen tilanne on tapaus, jossa potilas hermostuessaan uhkaa tappaa hoitajan ja saattaa fyysisesti käydä tähän käsiksi. Nämä fyysiset hyökkäykset voivat johtaa sairaspöissaoloihin ja aiheuttaa vakavia vammoja työntekijöille. Haastatteli kysyi, millaisiin tilanteisiin tämänkaltainen käytös potilaiden suhteen johtaa. Tapauksista tehdään turvallisuusasiantuntijoiden mukaan harvemmin rikosilmoituksia, sillä potilaat ovat syyntakeettomia esimerkiksi kehitysvamman tai psykiatrisen diagnoosin takia. Tapaturmiin liittyen huolimatta turvallisuusasiantuntijoiden mielestä

”Sosiaalityöntekijä: Tänä aikana, kun olen ollut, niin en ole kohdannut (työtapaturmaa) eikä ole kukaan työkaverinikaan. Aikaisemmassa työpaikassa lastenvalvojana kuuntelin huutoa ja koin sen omana työsuojelukysymyksenä. Nyt elän raukeammassa työssä.”

”Lähiesimies 1: Huutaminen on välillä ongelma, mutta ei jatkuva. Maahanmuuttaja-asiakkaat aiheuttavat välillä ongelmia esimerkiksi synnytysosastolla.... Huutaminen kohdistuu lääkäriin ja hoitajiin, jotka tekevät päätöksiä”

Huutoa ja melua ei välttämättä suoraan kanssakäymisessä pidetä fyysisenä turvallisuuskysymyksenä. Kuitenkin melun haitat esimerkiksi terveydelle ja stressitasolle ovat suhteellisen hyvin tiedossa ja voivat johtaa tarpeettomiin sairaspöissaoloihin. Haastatellut kertovat, että ovat kontrolloineet meluallistusta esimerkiksi sanomalla suoraan asiakkaalle, että eivät enää kuuntele äänen korottamista tai asiatonta kielenkäyttöä. Yksi pelastus työntekijöiden näkökulmasta on siinä, että he eivät tavanomaisesti tee hoitoon liittyviä etuuspäätöksiä toisin kuin lääkärit ja hoitajat. Siksi he eivät välttämättä saa niskaansa samalla tavalla huonoa kohtelua. Maahanmuuttaja-asiakkaat ovat oma asiakasryhmänsä, jonka erityistarpeet tulee huomioida myös riskienarviointiprosessissa. Kielimuuri voi myös osaltaan lisätä ongelmia.

”Työturvallisuusasiantuntija 2: *Ulkopuolisista työntekijöitä uhkaavista uhista keskustellessa*. Jos jollekin henkilölle soitetaan ja uhataan, esimerkiksi entinen potilas joka on alkanut häiritsemään, voin auttaa siinä ja olla mukana prosessissa”

”Työturvallisuusasiantuntija 2: Kyseisen henkilön esimiehen kanssa mietitetään, miten tilanne voidaan hoitaa case-by-case. Yleensä korkeammassa asemassa henkilö soittaa... ja pyytää häntä lopettamaan”

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Sote-alalla haasteena on se oivaltaako se organisaatio, että meidän kannattaa reagoivasta siirtyä ennakoivampaan maailmaan”

Mikäli työntekijöitä uhataan fyysisesti työn takia esimerkiksi entisen potilaan toimesta, toinen turvallisuusasiantuntijoista on tukena oikeusprosessissa ja tilanteen ratkaisussa. Pääpaino on kuitenkin korostetusti esimiehillä: linjaorganisaatiolla turvallisuus kuuluu työturvallisuusasiantuntijoiden mukaan johtamiseen. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että esimiehellä on vastuu puuttua työturvallisuudesta johtuviin ongelmatilanteisiin eikä vastuuta voi ulkoistaa turvallisuudesta vastaaville päälliköille. Tältä osin siis toimitaan työturvallisuuslain välittämän viestin edellyttämällä tavalla. Keskeinen väline turvallisuuden iskostamiseen linjaorganisaatiossa on riittävä koulutus. Samoin turvallisuusasiantuntijan mukaan tulisi kyetä perustelemaan ennakoivan työturvallisuuskulttuurin moninaiset hyödyt kuten saadut säästöt. Esimerkiksi hintalappu työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyvän 40 vuotiaan lääkärin kohdalla on turvallisuusasiantuntijan mukaan 2 miljoonaa euroa ja mitä enemmän tilanteita voidaan ennaltaehkäistä, sen parempi.

”Työturvallisuusasiantuntija 2: Vartijat ostetaan ulkoa. Todella hyvä pysyvyys... Ostajaosaaminen on ihan keskeistä. Nyt laatu pisteet olivat 60 pistettä ja hinta 40 pistettä, me todellakin halutaan laadukasta vartiointia tänne. Pyritään siihen, että vartijat otetaan paikalle ennakoidusti. Vartijan tärkein taito on puhetaito.”

”Psykiatrian työntekijä: Olen kokenut omalta kohdaltani, että on turvallista (tehdä töitä) olen omalta kohdaltani kokenut, että minun tulee myös huomioida nämä riskit jatkuvasti... Varaudun sillä, että huolehdin, että hälytyn on mukana ja käytettävissä. Pyrin huomioimaan keskustelun kulussa, onko tässä merkkejä siitä, että saattaa tulla aggressiivisuutta”

”Psykiatrian työntekijä: Potilas oli nostanut tuolia lyöntiasentoon *kuvailee työkaverille sattunutta läheltä piti tilannetta*... Pitää silmät auki työympäristössä, kun liikkuu. Hyvin harvinaista, että spontaaneja väkivallan purkautumisia tulee”

Fyysisten vaaratilanteiden ehkäisyssä laadukas vartiointi on avainasemassa. Vartiointissa panostetaan laatuun pelkän hinnan kustannuksella ja asiantuntijoiden mukaan se myös näkyy saaduissa tuloksissa. Vartijoilla on myös turvallisuuden suhteen aktiivinen rooli. He tekevät vartijaraportteja tilanteista, joissa vartijan toimintaa vaadittiin. Nämä raportit ovat yllättävän tärkeitä, sillä osa organisaatiosta ei tee omia läheltä piti raporttejaan, koska he luottavat vartioiden vievän sanaa eteenpäin.

Työntekijöille jää kuitenkin vastuuta omasta turvallisuudestaan. Psykiatrian työntekijä kokee, että omalla toiminnalla on iso merkitys turvallisen työilmapiirin saavuttamisessa. Tämän vuoksi hän pyrkiikin tiedostamaan asiat, jotka voivat uhata hänen työturvallisuuttaan kuten esimerkiksi aggressiivisesti käyttäytyvät potilaat. Hänen työkaverilleen oli sattunut tilanne, että potilas oli kävellyt työntekijän selän taakse ja kohottanut tuolin lyöntiasentoon. Tilanne kuitenkin laukesi muiden työntekijöiden havaittua tilanteen ennen kuin mitään pahempaa pääsi tapahtumaan. Tämä on hyvä osoitus siitä, että jäännösriskiä on turvatoimista huolimatta olemassa.

”Turvallisuusasiantuntija 1: Olemme päivittämässä meidän sisäilmamallia. Meillä on paljon haasteita. Suoranaisia homekohteita ei ole. Suurempi osa sisäympäristöhaasteista liittyy siihen, että ilmanvaihto on riittämätön, tuloilmaa ei ole lainkaan ja sen lisäksi voi olla lattiamaton kuituihin liittyviä ongelmia. Eli liian kosteaan betoniin on laitettu muovimatto ja sitten se alkaa alkalisoitua sieltä, kun sieltä tulee kosteutta... Henkilökunta puhuu pelkästään homeista ja sädesienistä, itse väittäisin että meillä on 80 prosenttia muuta kuin sitä. Omalla toiminnalla on paljon vaikutusta”

”Sosiaalityöntekijä: Kerroksen valvonta on nyt kunnossa ja kulunvalvonta tulee huoneisiin. Ihmiset ovat ruvenneet oireilemaan sisäilman kanssa kamalasti. Ei tällä hetkellä organisaatiolla luottamusta siihen, että organisaatiossa olisi halua hankkia väistötiloja. Ei meillä kauheasti puhuta muista vaara- ja haittatekijöistä kuten sisäilmasta”

Sairaalan ympäristössä homesienistä ja itiöistä käydään runsaasti keskustelua. Asiantuntijoiden mukaan kyseessä on kuitenkin lähinnä ilmanvaihdon riittämättömyys, sillä suoria homekohteita paikoissa ei ole. Tilanne on kuitenkin erilainen sairaalan eri osissa ja eri työntekijät kokevat ongelmat eri tavalla. Sosiaalityöntekijän mukaan huono sisäilma aiheuttaa osaltaan oireilua ja luottamus siihen, että hyviä väistötiloja halutaan hankkia, on heikko. Tiedotuksen katkokset ovat myös ongelma. Sisäilma-asioista ei tiedoteta tarpeeksi ja paljon jää työntekijöiden väliseksi keskusteluksi ja ”puskaradion” välittämäksi. Tähän on tulossa kuitenkin muutos, sillä sairaalassa on alkamassa kampanja paremman sisäilman puolesta. Kuitenkin haastateltu sairaanhoitaja kiitteli uusien työtilojen hyvää sisäilmaa.

Psyykkiset riskit ja kuormitus

”Työturvallisuusasiantuntija 2: Minua ei ole perehdyttänyt kukaan, perehdytys oli enemmän aikaisemman oman kokemuksen varassa”

”Lähiesimies 1: ”Kun tulin tähän vakinaiseen tehtävään, hän sanoi, että hän ei sinua perehdytä millään tavalla, vaan sinä saat luoda tämän aivan omanlaiseksi. Sitä (työtä) vaan ruvettiin tekemään. Olin toki tehnyt sijaisuuksia aikaisemmin. Ei sijaisuuksissakaan hirveän kattavaa perehdytystä ollut.”

”Sosiaalityöntekijä: Perehdytys on ollut mielestäni ollut tosi hyvää. Vaaroihin ja haittoihin liittyvät asiat melkein sain itse kysyä. Se perehdytys koski enemmän ihan työn tekemistä ja työn sisältöä eikä niinkään minun työturvallisuuttani.”

”Lähiesimies 2: Muistaakseni *lähiesimies 1* perehdytti minut. Minusta perehdytys oli aika vähäistä, kun olin jo aikaisemmin ollut täällä töissä eikä siinä mitään vaaroista puhuttu. Ajat ovat varmaan muuttuneet.

”Sairaanhoitaja: Se on varmaan se perehdytys aina semmoinen, mikä tulee esille... Aina kun tulee uusia ihmisiä niin heidän perehdytyksensä toiminnan ja turvallisuuden kulttuuriin. Perehdytykseen pitäisi aina olla riittävästi aikaa, se on sellainen Akilleen kantapää meillä vieläkin”

”Psykiatrian työntekijä: Riskeistä puhuttiin sitä kautta, että käytiin läpi henkilöhälytintäjärjestelmän toiminta. (Henkilöhälytintä) käytetään sellaisessa tilanteessa, jossa osastopotilas tai nuori käyttäytyy uhkaavasti tai satuttaa itseään”

Merkittävä riski oli työturvallisuusasiantuntijoiden ja haastateltavien henkilöiden näkemys perehdytyksen puutteellisuudesta. Mikäli perehdytys jää ontuvaksi, on vaikea toteuttaa myönteistä turvallisuuskulttuuria, kun työntekijät eivät välttämättä tiedä miten työpaikalla edes pitää toimia. Työntekijöiden mukaan tästä huolimatta perusmuotoinen työturvallisuuskävely on suoritettu sairaalan alueella, pääasiassa perehdytys on kuitenkin suuntautunut käytännön tekemistä kohtana. Vaikka työntekijät pohtivatkin, että perehdytys olisi viime vuosina parantunut, oli tuoreimmalle työntekijälle jätetty itse selvittäväksi kannattaako hänen työtehtäviensä vuoksi ottaa turvakielto ja millaisia varotoimenpiteitä olisi syytä olla vapaa-aikana. Samoin psyykkisten riskien näkökulmasta vaikuttaa siltä, että riskeissä painottuu enemmän tekninen puoli: jos riskejä käydään lävitse painottuvat tekniset turvatoimenpiteet enemmän kuin henkisestä jaksamisesta huolehtiminen.

Työturvallisuusasiantuntija 1: ”Meille skaalautuu tällä hetkellä fysikaaliset vaaratekijät turhan korkeille numeroille... johtuukohan se siitä, että esimiesten on helpompi arvioida lämpötilaa, ilmanvaihtoa, valaistusta, koska se on konkreettinen *asia* ja josta vastaa joku muu kuin minä itse johtajana... Olenko johtanut tätä putiikkia niin hyvin, että täällä ei kärsitä psykososiaalisesta kuormituksesta? Riskienarvioinnin pitäisi kertoa faktisen tilanteen, psykososiaalinen pitää olla meillä korkein. Meillä ei saa olla fysikaalinen korkein. Joudunkin kysymään, onko todellakin ilmasto suurin ongelmista?... Tunnistanko esimiehenä riskit oikein, koulutus on ainoa keino”

”Psykiatrian työntekijä: Jos arvioin itseni kannalta, niin kyllä se jossain määrin hankalaa on työyhteisössä sanoa *kertoa omasta työuupumuksesta*, en pysty sanomaan onko se kaikille sama kokemus”

”Psykiatrian työntekijä: Kun tulee uutena työntekijänä sisälle työyhteisöön, siihen menee helpommin mukaan kuin mieltii, että onko tämän ja tämän asian pakko olla tällaista”

Psyykkisen vaarojen ja haittatekijöiden ongelmana on niiden tunnistaminen. Käytettävät järjestelmät ovat yksityiskohtaisempia fyysisten altisteiden ja ergonomian tunnistamisessa. Sairaalassa hyödynnetään valmista arviointipohjaa, jossa on paljon yksityiskohtaisia kysymyksiä esimerkiksi käsien ja olkapäiden asennosta ja siitä, millaisia kuormittavia asentoja toimenkuvaan liittyy. Sen sijaan psyykkiset riskit saattavat arvioinnissa jäädä todellisuutta pienemmiksi, koska niiden tunnistaminen on vaikeaa.

Työturvallisuusasiantuntijoiden mukaan voi myös olla niin, että psyykkisten riskien määrää vähätellään, sillä esimiehellä voidaan nähdä olevan merkittävä vastuu omien alaistensa kuormituksen vähentämisessä. Jollakin fyysisellä tekijällä, kuten ilmanvaihdon riittämättömyydellä, saadaan vastuuseen joku muu henkilö kuin esimies itse. Turvallisuuspäällikön mukaan onkin niin, että sairaalassa tulisi korostua psyykkiset riskit paljon suurempina kuin fyysiset tai biologiset altisteet kuten esimerkiksi säteily. Tähän voidaan osaltaan vaikuttaa antamalla koulutusta näille ihmisille ja siten välineitä ymmärtää, millaisia riskejä työympäristössä on ja miten suuria ne ovat. Tällöin korostuu myös työturvallisuuskulttuurin merkitys. Samoin sellaisen ilmapiirin luominen, jossa olisi hyväksyttävää tuoda esille psyykkiseen jaksamiseen liittyviä asioita, on ensiarvoisen tärkeää. Psykiatrista työntekijää haastateltaessa tuli selväksi, että jaksamisen pakko oli ajatustasolla vahva. Koska on hakeutunut mielenterveysongelmien kanssa työskentelevien henkilöiden pariin, tulee itse olla henkisesti vahva. Tällöin omasta jaksamattomuudesta voi olla vaikea mainita.

”Turvallisuusasiantuntija 1: Työpaikkakiusaaminen sekoitetaan huonoon käytökseen. Se on se suurin virhe. Työntekijät tekevät liian nopean päätöksen toistensa toiminnasta. Työnantaja ratkaisee, täyttykö kriteerit. Onko kyseessä huono käytös, jolloin kohde vaihtuu, vai onko se kiusaamista, jossa systemaattisesti yksi otetaan tikun nokkaan ja sorsitaan... Osaltaan se on pahan olon levittämistä. Silloin minun mielestäni työnohjaus ja semmoinen reilu ilmapiiri, on ihan avainasemassa”

”Sairaanhoitaja: Se mitä tulee julkisuuteen, niin todella vähän... Asiattomaan käyttäytymiseen pyritään puuttumaan mahdollisimman nopeasti.

”Lähiesimies 1: Silloin tällöin rajoilla mennään, että puututaanko vai ei. Mutta puhutaan ihmisistä, jotka ovat olleet kauan samassa työpaikassa, ongelmia liittyy pitkään liittoon.”

Merkittävä kuormitustekijä on työhön liittyvä epäasiallinen kohtelu. Kuitenkin epäselvyyttä on siitä, milloin epäasiallisen kohtelun kriteerit täyttyvät ja milloin työntekijän toiminta on puhtaasti huonoa työpaikkakäyttäytymistä.

Turvallisuusasiantuntijan kokemus sai vahvistusta käytännön toimijoilta, jotka pohtivat hyvin samanlaisia kysymyksiä. Pitkät ihmissuhteet aiheuttavat kitkaa ja jos ongelmia tulee esiin, niihin pyritään puuttamaan mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jos tilanne pääsee eskaloitumaan. Työpaikan asiaton kohtelu nähtiin ongelmana paitsi työhyvinvoinnille myös asianmukaiselle asiakkaiden kohtaamiselle. Sairaalan intrassa on kattavat työkalut reagoida erilaisiin ongelmiin ja ratkaista epäasiallinen kohtelu varhaisessa vaiheessa: toki tässä suuri vaikutus on esimiehen tavassa toimia.

”Sairaanhoitaja: Meillä on semmoisia ohjelmia pitkään työelämässä mukana olleitten, joiden jaksamista tuetaan ohjelmilla... Tällä hetkellä en koe työtä mitenkään raskaaksi, kun pystyn itse vaikuttamaan työn sisältöön”

”Lähiesimies 1: Rasitus on aaltomaista. Välillä tulee joka tuutista ja sitten on taas rauhallisempaa”

Työstä aiheutuvaa kuormitusta vähennetään myös sairaalan virallisilla ohjelmilla. Työn sisältöä muokkaamalla pystytään paremmin takaamaan työurien jatkuvuus ja se, että työntekijän ikääntyessä hänelle löytyy suuresta organisaatiosta hänen osaamistaan vastaavaa tehtävää.

Ergonomia ja viihtyisä työympäristö

”Sairaanhoitaja: Valaistukseen on panostettu paljon, meillä on hyvä valaistus ja säädettävä valaistus, voimakasta valaistusta, saadaan kyllä valaistua se paikka, missä tarvitaan”

”Lähiesimies 2: Kuitenkin tältä puolelta meidän ammatti voi olla kiva, kun meidän työntekijöillä on omat työhuoneet, joissa voi tehdä mitä haluaa. Useat liikkuvat ja käyvät osastolla siinä mielessä tämä voi olla ihanteellinen tehtävä.”

”Lähiesimies 1: On kokeiltu isoja näyttöjä ja näyttölaseja ja kaikkea mitä on tarvittu, on saatu, fysioterapeutti, porraskulma on todella hyvä...”

Ergonomian ja viihtyisän työympäristön suhteen on tehty paljon töitä. Uudet toimitilat ja myönteinen asenne työtä tukevien laitteiden ja välineiden hankintaan auttaa selviämään päivittäisessä työssä. Työhön sisältyvä vaihtelu tarjoaa mahdollisuuden liikkua työpäivän aikana, jolloin koko päivä ei mene passiivisesti istuen samassa asennossa. Huomioitavaa kuitenkin on, että vaikka portaita ja porraskulmaa kiiteltiin, oli yhden haastattelun toteutuspaikassa todella jyrkkä sekä kapea portaikko, johon huonokuntoinen potilas saattaa herkästi kompastua. Haastateltavien mukaan kyseiseen paikkaan oli erikseen jouduttu rakentamaan hissi sitä varten, että potilaita ei ohjattaisi käyttämään näitä tapaturmalle altistavia portaita. Pääsääntöisesti työnantaja suhtautui myönteisesti

satulatuoleihin ja muihin hankintoihin, tosin lupa niiden hankintaan piti saada fysioterapian puolelta.

”Sairaanhoitaja: (työ) se on fyysisesti raskasta ja siinä on paljon nostoja joita ei saisi pahemmin olla, vaan pitäisi olla enemmän siirtoja. Tahtomattaankin tehdään...”

”Sairaanhoitaja: Se on enemmän kiinni siitä, miten välineiden käytössä opastetaan. Meillä on aikaa hakea se apuväline... Välineistä ei ole pulaa”

”Turvallisuusasiantuntija 1: Nostanko minä vai siirrätkö minä, oman kehon mekaniikan avulla tapahtuva siirto. Nuorempi polvi on koulutuksensa saanut enemmän ergonomista koulutusta. Osa puhuu kinestetistiikasta eli kehon oman voiman käytöstä... mistä kohtia potilasta kannattaa ottaa kiinni, muistetaanko hankkia hyvät jalkineet”

”Turvallisuusasiantuntija 1: Potilasnosturin käyttö siirrossa, tullaankin siihen kysymykseen, maltanko minä ottaa nosturin käyttöön aikaa siihen menee 5 minuuttia enemmän. Onko minulla oikeasti aikaa hakea se nosturi, nostoliinat, potilas asianmukaisesti siihen vai altistanko itseni...”

Ongelma ei pitkälti siis ole välineiden olemassa oloon liittyvä, vaan enemmänkin asenteellinen. Kuinka herkästi apuvälineisiin tartutaan ja hyödynnetäänkö niitä riittävästi osana työtä. Turvallisuusasiantuntijan mukaan kyse on viitseliäisyydestä: jaksetaanko tarvittava apuväline noutaa, vai tehdäänkö nostoja vain sen takia, että saataisiin sitä kautta pidempi tauko-aika. Omaa kehoa hänen mukaansa kulutetaan tarpeettomasti tekemällä huonoja valintoja. Samaan yhteyteen hän toteaa, että työntekijällä on työturvallisuuslain mukainen vastuu huolehtia omasta työkunnostaan ja huoltaa itseään siten, että hän kestää vuorotyön rasitukset. Tässä tulee taas ennakoivan työturvallisuuskulttuurin tarjoama mahdollisuus esille: onko tiedotuksella ja henkilöstön koulutuksella tehty riittävästi selväksi se, mikä merkitys jokaisen henkilökohtaisilla valinnoilla on jaksamisen kannalta?

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Kolmivuorotyö saa työyhteisön hajalleen, osa voi tehdä pelkkää yövuoroa jolloin näkee todella vähän työkavereita. Osa kahvihuoneista on satsannut viihtyvyyteen. Näkisin tauon merkityksen olevan se, että voi rauhoittua. Kognitiivinen ergonomia on se asia mistä puhun”

”Sairaanhoitaja: Niin kauan kuin minä olen ollut töissä ollut, kahvihuoneessa parannetaan maailmaa... Sen minä yritän muistuttaa kollegoille, jos haluaa vaikuttaa (asioihin) niin, meillä on tietyt kanavat siihen, miten viedä ideoita eteenpäin”

”Psykiatrian työntekijä: Hoitajien kahvihuone on todella pieni. En edes tiedä, missä he pitävät taukoja”

Kognitiivinen ergonomia ja vähäisten keskeytysten ylläpitäminen korostuivat työturvallisuusasiantuntijoiden puheessa. Se, että tauoilla oikeasti saa realistisen mahdollisuuden irtautua töistä oli tärkeänä pidetty asia. Kolmivuorotyö koettiin haasteena paitsi fyysisesti kuluttavana tekijänä myös työyhteisöä sirpaloittavana voimana. Hyvän rauhallisen taukohetken takaamiseksi vaaditaankin koko työyhteisön yhteistä sitoutumista siihen, että kaikille suotaisin mahdollisuus pitää tauko keskeytymättä.

Taukotilojen kokoa ja varustusta kiiteltiin yleisesti, mutta psykiatriassa tilanne herätti toivomisen varaa. Taukotila pidettiin yksinkertaista turhan pienenä, jolloin taukojen pitäminen samaan aikaan ja sosialisointi työntekijöiden kanssa ei onnistu. Riittämättömät taukotilat voivat johtaa uupumukseen ja estettävissä olevaan väsymykseen. Samoin, koska hoitajien kahvihuone oli eri kuin haastatellun työntekijän, voi yhteydenpito näihin ihmisiin kärsiä, vaikka toki työtehtävissä heihin kuulemma törmää. Lisäksi työtilat olivat määrällisesti tarvetta vastaamattomat: tilaa periaatteessa oli, mutta se ei sellaisenaan sopinut sairaalan kaikkiin työtarpeisiin.

Työturvallisuuden parissa tehtävä työ sairaalassa

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Valitettavasti yksi osatekijä on turvallisuuskulttuuri, miten ennakoivasti työnantajana huolehditaan näistä tekijöistä, miten voitaisiin ennakoida, että tilanteita ei syntyisi osaa tapaturmista me ei voida millään ennakoida, mutta pyrittäisiin koko ajan siihen mikä on se ammatillinen toiminta ettei tapaturmaa synny siten päästään työturvallisuuskulttuurin ytimeen”

”Työturvallisuusasiantuntija 1: Ei tarkoita sitä, että jätetään kirjaamatta tapaturmat, vaan sitä, että teemme organisaatiossa kaikkemme, että pystymme oppimaan jo niistä sattuneista vahingoista ja pikkuhiljaa siirtämään katse siihen ennakoivaan... kelkka kääntyy niin pirun hitaasti”

”Psykiatrian työntekijä: Minä tiedän, että tästä asiasta *työtapaturmiin reagoimisesta* on joku ohjeistus olemassa ja se on minulla sähköpostissa. Jos minun nyt pitäisi selvittää asia jollekulle en tietäisi... Ajattelisin tietysti, että esimies ja tilanteesta riippuen työterveys”

Työturvallisuuden parissa tehdään runsaasti työtä sairaalassa. Samoin kiinnitetään huomiota turvallisuuskulttuuriin. Kuitenkin työturvallisuuskulttuuri ei ole vielä toivotulla tasolla. Tämä johtuu siitä, että asenne työtapaturmiin on monella toimialueella reagoiva: sattuneisiin tapahtumiin puututaan, kun ne ovat tapahtuneet, mutta ennakoiva varautuminen puuttuu. Monesti ennakoiva varautuminen on myös taloudellisesti kannattavampaa, mutta ennakoivan otteen hyödyllisyyden perustelu vie haastateltavien mukaan aikaa ja energiaa. Toinen turvallisuusasiantuntijoista puhuikin turvallisuudesta kestävyyslajina.

Käytännössä koulutuksen puute ja työturvallisuuskulttuurin haasteet tulivat esille esimerkiksi psykiatrian alueen työntekijän haastattelussa. Hän koki, että tietämättömyys turvallisuusasioista, oli yksin hänen vastuullaan, koska hänelle on annettu joskus ohjeistus. Kuitenkin turvallisuuskoulutusten tulisi olla riittävän runsaslukuisia ja säännöllisiä, jotta tällaiset asiat tulisivat suoraan työntekijöiden selkäytimestä. Kiireinen työ ei mahdollista sitä, että työntekijä käyttää työaikaansa omatoimisesti turvallisuusasioihin perehtymiseen eikä oman aktiivisuuden varaan voida laskea kaikkea.

”Työturvallisuusasiantuntija 2: Olen mukana yhtymähallinnon riskienarvioinnissa yhtenä tekemässä sitä muuten sitten työsuojelutoimijat ovat päävastuussa”

”Työturvallisuusasiantuntija 2: Meillä on työturvallisuusryhmä sairaanhoitopiirissä, se on tällä hetkellä johtajan nimeämä ja talousjohtajan vetämä, johdolle tehdään raportti kaksi kertaa vuodessa, eri turvallisuusalueiden edustajat tekniikasta, työsuojelusta, aika iso porukka kokoontuu. Sairaalapalopäällikkö kokoukset, hyvin paljon eri kokouksia ja ryhmiä.”

Yleisesti työturvallisuuden parissa toimivaa henkilöstöä on paljon ja se näkyy runsaslukuisina kokouksina. Silti kokonaisuus on varsin pirstaloitunut, koska jokaisella on oma vastuualueensa. Tarvittaisiinkin lisää ajattelua turvallisuudesta kokonaisuutena. Jos jokainen keskittyy pelkästään omaan vastuuseensa kuuluvaan alueeseen, kehitys on huomattavasti hitaampaa. Täytyy kuitenkin todeta, että nykyisellään henkilöstö on turvallisuusasiantuntijoiden suhteen merkittävä voimavara. Työturvallisuuteen liittyviin kysymyksiin riittää kiinnostuneita ja osa on ottanut turvallisuustehtäviä osaksi omaa työtehtäväänsä. Samoin työturvallisuusvideoita kuvataan ahkerasti, jolloin turvallisuudesta tulee yhä interaktiivisempi osa sairaalan turvallisuutta. Kehitettävää on siis vielä, mutta paljon hyvää on jo tapahtunut.

4.2 Saatujen tulosten analysointi

Saadut tulokset analysoitiin hyödyntämällä kuhunkin kolmeen osatehtävään eri menetelmää. Tapaturmavakuutuskeskuksen analyysi perustui tilastojen tulkitsemiseen ja niiden vertailemiseen. Dokumenttianalyysissa perehdyttiin sairaalan tekemään riskikarttaa ja niihin riskeihin, jotka olivat arvioitu suurimmaksi. Tämän lisäksi tutkija teki omia havaintoja siitä, mitkä riskit oli saatettu arvioida liian pieniksi haastattelujen ja oman arvioinnin perusteella. Haastattelut puolestaan purettiin litteroimalla ja niissä esiintyneiden teemojen avulla. Samoin tarkasteltiin niitä eroja ja yhtäläisyyksiä, mitä on tullut esille tapaturmavakuutuskeskuksen tilastoissa ja dokumenttianalyysissä verrattuna haastatteluihin.

Tiivistettynä johtopäätöksenä voidaan todeta, että dokumenttianalyysi ja haastattelut tarjosivat yksityiskohtaisemman kuvan riskeistä kuin tapaturmavakuutuskeskuksen

tilastot. Tämä johtuu osin siitä, että pelkkien sattuneiden tapaturmien perusteella ei voida tunnistaa läheltä piti tilanteita, varsinkin kun niistä kaikki eivät ikinä päädy tilastoinnin piiriin. Samoin kappalemäärissä eivät tule esille tapahtumaketjut ja altisteet, jotka ovat voineet osaltaan aiheuttaa tapaturman. Sama tapaturma ja vamma on voinut syntyä liikenteessä tai sairaalan tiloissa.

4.2.1 Dokumenttianalyysin sisältö

Dokumenttianalyysin materiaalina käytettiin kahta Tampereen yliopistollisen sairaalan aluetta, joissa kummassakin työskenteli tuhansia työntekijöitä yhteensä lähes 3000 työntekijää. Syynä suurien alueiden valintaan oli se, että ketään yksittäistä vastaajaa ei varmasti pystytä joukosta tunnistamaan. Kummankin alueen dokumenttianalyysistä tutkija sai yli 250 sivuisen pdf-muodossa olevan raportin, joten vaaratekijöistä saatiin kattava käsitys. Toimituksesta vastasi organisaation työsuojelupäällikkö.

Dokumentit olivat keskenään samankaltaisia. Ensin oli vuorossa yleistä numerotietoa kuten kyselyyn vastanneiden henkilöiden lukumäärä suhteessa kaikkiin toimialueen työntekijöihin. 96 prosenttia kummankin kyselyn saaneista työntekijöistä oli vastannut siihen, joten vastausprosenttia voidaan pitää erittäin korkeana. Pakollisuudesta johtuen tämä ei välttämättä ole suora viesti sitoutumisesta turvallisuuskulttuuriin. Tämän jälkeen oli molemmissa dokumenteissa 3x3 matriisimuodossa olevat riskikartat, jossa esitettiin vaaran suuruuden ja todennäköisyyden avulla, kuinka merkittäviä toimintoihin liittyvät riskit ovat. Alla olevassa kuviossa on esitetty havainnollistus tästä matriisista.

Kummassakin ryhmässä riskit jakaantuivat hyvin tasaisesti koko riskikartan välille: kummassakin kartassa oli aivan vakavimpaan riskipäättyyn kuuluvia vaaroja, joiden toteutuminen tosin on epätodennäköistä. Vaaroja oli tunnistettu lukuisia. Esimerkiksi sekä vakavuudeltaan että todennäköisyydeltään luokkaan 2 kuuluvia riskejä tunnistettiin asiakirjoissa vastaavasti 127 ja 92 eli yhteensä 219 kappaletta. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 1) kyseistä ruutua on merkitty X-kirjaimella. Saaduista riskeistä oli tehty myös summamuuttuja ajan kulumisen suhteen vuosina 2015–2018, mikä ei diplomityön tekijälle paljastanut mitään tavanomaisesta riskiarvioinnista poikkeavaa. Kiinnostavin yksityiskohta oli siinä, että toisella alueella tehdyissä sekä riskilukujen summa, että riskien lukumäärä nousivat suhteellisen jyrkästi kuuden kuukauden aikana vuonna 2016. Nousuun ei löytynyt selvää selitystä materiaalista tai turvallisuusasiantuntijoiden haastattelun avulla.

Taulukko 1: Havainnollistus käytetystä riskimatriisista. X-akselilla vaaran vakavuus ja Y-akselilla vaaran todennäköisyys asteikolla 1–3. Kirjaimella X merkitty esimerkkinä käytettyä (X,Y) 2,2-ruutua.

	X	

4.2.2 Dokumenttianalyysin huomattavimpien riskien esittely

Riskiarvioinnissa riskit oli luokiteltu viiteen eri riskialueeseen: fysikaaliset riskit, tapaturmariskit, ergonomiariskit, kemialliset ja biologiset riskit ja psykososiaalinen kuormittuminen. Kokonaisuudessaan riskejä oli tunnistettu alueilla 380 ja 531 kappaletta eli kokonaisuudessaan 911 riskiä oli havaittu arviointitarkastelussa. Kaikki eivät tietenkään olleet toisistaan täysin eroavia, vaan pieniä muunnelmia samoista pääteemoista. Vakavimpaan luokkaan päätyneet riskit olivat kemikaalis-biologista alkuperää. Mielenkiintoista kyllä riskiarvioinnista tehdyt riskiprofiili, eli mitkä riskit korostuvat kummallakin alueella, erosivat huomattavasti toisistaan.

Alueella, jolla tehdään enemmän psykiatriseen tukeen painottuvaa työtä, psykososiaalinen kuormittuminen nousi suurimmaksi tekijäksi työntekijöiden keskuudessa. Myös tapaturmariski oli melko korkea. Selvästi matalammalle tasolle jäivät fysikaaliset riskit ja ergonomia, vähiten tunnistettiin kemiallisia ja biologisia riskejä. Toisen alueen profiilissa taas tapaturmat ja ergonomia olivat suurimmat riskialueet. Myös psykiatrinen kuormittuminen on tällä alueella äärimmäisen korkea. Määrällisesti vähiten korostuivat kemialliset- ja biologiset riskit sekä fysikaaliset riskit, mutta myös näiden määrä oli liian huomattava jätettäväksi huomioimatta. Raportin lukumäärät viittaavat vahvasti siihen, että fyysisten riskien ohella tulee pitää mielessä aktiivisesti myös henkisen puolen riskit, mikä on kirjallisuuskatsauksen tulosten perusteella yhtenevä johtopäätös.

Saaduista riskeistä oli tämän jälkeen muodostettu mittaristo. Arviointimittarissa oli huomioitu sekä riskin vakavuus, että riskin todennäköisyys. Kummatkin oli arvioitu asteikolla 1–3, jossa 3 oli suurin mahdollinen arvo. Psykiatrisella alueella luvut kummatkin luvut olivat pienempiä. Riskin todennäköisyydeksi laskettiin 1,57 ja vastaavasti vakavuudeksi 1,42. Toisella alueella todennäköisyys oli 1,74 ja vakavuus puolestaan 1,51. Tulokset viestittävät siitä, että arvioinnissa riskit on luokiteltu pitkälti lieviksi tai keskimääräisiksi.

Tämän jälkeen kummassakin raportissa on tiivistelmäistä tunnistetuista riskeistä, jonka jälkeen yksityiskohtaisempi kuvaus jokaisesta riskistä ja mihin mahdollisiin toimenpiteisiin se on johtanut. Kaikissa riskeissä ei ollut toimenpide-ehtotuksia, vaikka riskin koko olisi saattanut sitä puoltaa. Johtuen riskien suuresta määrästä ja sisällön laajuudesta keskityn raportin ja oman näkemykseni perusteella olennaisimpiin riskeihin ja unohdan kronologisen riskiluetteloinnin. Valitut riskit edustavat kaikki korkeinta riskiluokkaa eli suurinta riskin toteutumisen vakavuuden ja todennäköisyyden tuloa.

Yksi hoitohenkilökunnan keskeisistä riskeistä oli vaarallisten aineiden kulkeutuminen elimistöön. Lääkehuoneessa ei entuudestaan ollut vetokaappia, joten tilassa toimivilla ammattilaisilla ei ollut mahdollisuutta kohdepoistoon. Riski päädyttiin ratkaisemaan laminaarikaapin hankinnalla ja vastuu siirtyi tekniselle osastolle. Toinen huomattava riskilähde oli riittämättömät säilytystilat. Koska tilaa oli liian vähän, lattialla olevat kulmat ja johdot aiheuttivat tarpeettomia vaaratilanteita. Työntekijät kaipasivat enemmän varastointitilaa ja järjestyksen ylläpysymistä. Organisaatio keksikin oivaltavasti poistaa ylimääräiset suihkutuolit ja makuualustat, jolloin tilaa vapautui ja tilanne helpottui. Voi kuitenkin kysyä, oliko tämä toimenpide riittävä tulevaisuuden varastointitarpeita ajatellen, kun tavaraa alkaa taas kertyä.

Spesifi riski vuodepotilaiden kohdalla olivat sähkösätköjen tippatelineet, jotka ottavat kiinni valoramppiin. Koska tippateline voi pudota potilaan oman toiminnan tai sängyn nostamisen seurauksena pudottaa valorampin potilaan päälle, vaarana on sähköisku joka voi osua sekä hoitajaan että potilaaseen. Tällaisia vaaratapauksia on sairaalan kuvauksen mukaan sattunut useita. Sairaala päätyikin esittämään uusien valoramppien hankintaa. Kasvanutta riskiä aiheuttivat myös hätäpoistumisteillä olevat tavarat. Osaston käytävillä olevat tavarat estivät potilaidenkin liikkumista. Riskiä päädyttiin minimoimaan lisäämällä varastotilaa. Lopputuloksena on kuitenkin se, että osa tavaroista, kuten rollaattorit, ovat nyt vaikeasti saatavissa varastotiloista. Samoin tilaa ei yhäkään ole riittävästi kaikille tavaroille, joten ongelma ei täysin ratkennut.

Psykososiaalisten riskien puolella kuormitus aiheutti merkittävän riskitekijän. Nopeasti vaihtelevat tilanteet kuten potilaiden raskashoitoisuus, yllättävät sairauslomat sekä sijaisten saamisen vaikeus aiheuttivat merkittävän stressitekijän työntekijöille. Samat psyykkiset riskit on listattu raportissa useilla eri nimillä ja vakavuusluokilla: joskus puhutaan yleisemmin kiireestä ja työperäisestä stressistä. Toimenpiteeksi on esitetty järjestelmää, jossa sijaisia saadaan käsiin nopealla aikataululla ja tarvittaessa hyödynnetään myös muiden osastojen henkilökuntaa. Samoin on muodostettu ohje ylimääräisen hoitajan ottamisesta, joka koskee myös yövuorojen tekemistä. Lisäksi kiinnitetään huomiota perehdytykseen, kuka sen tekee, mitä se koskee ja varmistetaan riittävät resurssit. Tutkimuksen ja kehittämisen näkökulmasta herää nopeasti kysymys siitä, ovatko nämä muutokset riittävällä tavalla onnistuneet vähentämään työstä aiheutuvaa psyykkistä stressiä ja kuormitusta. Samoin kuka valvoo, että näihin

toimenpiteisiin sitoudutaan ja kuka muistuttaa tämän riskienarvioinnin havaitsemien epäkohtien olemassaolosta.

Psykiatriaan painottuvan osaston kohdalla koko henkilöstö oli koulutettu aggression hallintaan, lisäksi arvioitiin potilaskohtainen väkivallan riski ja kaikki väkivaltatilanteet tilastoidaan. On mielenkiintoista, onko koko henkilökunta sairaalassa aggressiokoulutettu ja jos ei ole, miksei. Samoin väkivaltatilanteiden tilastoinnissa vakuutettiin, että kaikki väkivaltatilanteet tilastoidaan. Sairaalan työturvallisuusasiantuntijan haastattelun mukaan näin ei välttämättä ole: tilastoissa saattaa olla pelkästään vartioiden tekemä oma tilannekuvaus ja tilastoinnista saatetaan myös luistaa osastoilla, joissa se veisi runsaasti työaika. Samoin väkivaltakoulutusta ei ilmeisesti tarjota automaattisesti kaikille työntekijöille muilla kuin psykiatrian osastoilla. Samoin psykiatrisen työn puolella potilaiden moniongelmaisuus haastaa työntekijöiden kykyä ratkaista eteen tulevia ongelmia, ratkaisuksi tunnistettiin koulutus ja se, että potilaat eivät tule suunnittelematta hoitoon. Jos potilaat tulevat äkillisesti, tulisi tieto heistä saada saman päivän aikana. Tässäkin yhteydessä voidaan todeta riittämättömän henkilöstön olevan merkittävä riskitekijä yllättävien tilanteiden synnyssä.

Ergonomia oli sairaalaympäristössä merkittävä riskitekijä. Riskienarviointiin osallistuneet pitivät työasentoja raskaina ja esimerkiksi halvauspotilaiden nostelu, kääntely ja auttaminen kuormittavat käsiä, niveliä, sormia, selkää sekä olkapäitä. Potilaiden hoidossa käytettävät tilat eivät myöskään aina toimi ergonomiaa edistävinä tekijöinä. Ergonomian korostuminen ei ole yllättävää tutkimuskirjallisuuden valossa. Voi olla, että ergonomiaan liittyviin ongelmiin ei ole toistaiseksi riittävässä määrin herätty. Ratkaisuehdotukseksi raportissa mainitaan apuvälineiden käyttö. Voidaan kuitenkin esittää kysymyksiä. Auttavatko apuvälineet kaikissa tilanteissa ja miksi niitä ei ole työssä jo aikaisemmin hyödynnetty, kun riski on todennäköisesti työterveyshuollon puolella tiedossa? Osa arvioista olikin jo huomioinut, että nykyiset välineet eivät välttämättä joka tilanteessa. Mikäli ergonomian puutteet johtuvat puolestaan rakenteellisista tekijöistä, kuten ahtaista työtiloista, on niiden korjaaminenkin haastavaa ilman rakenteellisia korjaustoimia. Potilasvuoteiden kuljettaminen ahtaissa käytävissä on myös ergonominen ongelma. Mikäli myös puhutaan, kuten raportin tapauksessa, lääkehuoneesta jossa on muutakin tavaraa kuin sinne kuuluvia lääkkeitä on se ergonomian lisäksi myös muunlainen turvallisuusriski. Esimerkiksi oikean tuotteen löytäminen voi kestää tarpeettoman kauan.

Ergonomisesti kyseenalaisia olivat myös portaat, jotka olivat liian jyrkkiä kulkemiseen. Samoin osassa hätäpoistumisteistä reitti oli pimeä: hätätilanteen kiireessä valoja ei ehditä välttämättä laittaa päälle. Korjausehdotukseksi on annettu jatkuva valistus. Voidaan pohtia, onko kyseissä tilanteissa valistus riittävän tehokas keino vai pitäisikö tilanne pikemminkin ratkaista rakenteellisella keinolla jota ei tarvitse muistaa hätätilanteessa.

Ilmanlaatu oli mainittu myös riskiarvioinneissa työhyvinvointia uhkaavana tekijänä. Paitsi huono ilma myös tupakansavun kulkeutuminen sille kuulumattomiin paikkoihin, nakersi ilmanlaatua. Ratkaisuna työntekijät ovat availleet ikkunoita, mistä on seurannut vedon ja kylmän aiheuttamia oireita herkimmillle työntekijöille. Raporttien tiedot vahvistuivat haastattelussa, jossa sairaalan rakenteiden ilmanvaihtoehtoa pidettiin riittämättömänä. Tosin joissain tapauksissa oli tapahtunut myös vuotoja putkistoissa, jotka saattavat vaikuttaa ilmanlaadun heikkenemiseen.

Sairaalassa on myös tartuntavaara. Korkeana riskinä pidetään potilaan leikkauksen tai hoitotoimenpiteen aikana roiskuvia eritteitä, jotka voivat pahimmassa tapauksessa aiheuttaa tartuntavaaran osuessaan työntekijän iholle tai limakalvoille. Tähän riskiin sairaala oli varautunut mittavasti. Hygieniahoidajan käynnit ja koulutukset pitävät henkilöstön ajan tasalla. Samoin uutta henkilöstöä koulutettiin ja saatua koulutusta myös ylläpidettiin. Rokotussuojan ylläpitoakin tarkistettiin. Sama tietysti koski ruumiiden käsittelyä, jossa ohjeistettiin käyttämään visiirimaskia ja kahden käden hanskoja. Neulojen kohdalla tunnistettiin myös pistovaara: työntekijä voi vahingossa pistää itseään neulalla. Turvakanyylien käytöllä, veitsien suojakoteloilla ja särmäisjäteastialla pyrittiin tätä riskiä minimoimaan. Sen sijaan eristyspotilaiden hoidossa oli havaittavissa puutteita, koska heille ei ollut omaa hoitopaikkaa ja työntekijöiden kontaminaation riski oli olemassa.

4.2.3 Dokumenttianalyysin perusteella tehtävät johtopäätökset

Tärkeimpänä huomiona dokumenttianalyysin suhteen on, että fysikaalisten riskien rinnalla on pidettävä huomio myös henkisissä riskeissä, sillä molempien alueiden tulosten mukaan henkiseen jaksamiseen liittyvät tekijät korostuivat huomattavasti. Tämä ei ole miltään osin yllättävä tulos, vaan on linjassa tämän diplomityön teoriaosan kirjallisuuden kanssa. Onkin pakko kysyä, miten hyvin psyykkiset riskit on kyetty korjaamaan. Raportissa oli esitetty useita parannusehdotuksia, mutta jotta psyykkinen jaksaminen todella kohenisi ja pysyisi korkealla, tulisi aiheesta saada pitempijälteistä ja rehellistä tietoa työntekijöiltä.

Saatujen tulosten mukaan sairaalassa tehdyt riskit olivat pitkälti luokiteltu lieviksi tai korkeintaan keskimääräisiksi. Pahoja puutteita ei siis riskienarvioinnissa ollut tunnistettu runsaasti, mikä on hyvä työntekijöiden työturvallisuuden ja potilaiden laadukkaan hoidon kannalta. Toki voidaan käydä keskustelua siitä, onko riskienarviointi tehty täysin oikeanmukaisesti, koska useat psykososiaalisista riskeistä on arvioitu pienehköiksi. Työmatkaliikenteeseen liittyvistä riskeistä olisi myös voinut odottaa niiden merkittävyyden takia näkyvämpää roolia riskikartassa. Voi tietysti olla, että tällaiset on rajattu välittömän sairaalatarkastelun ulkopuolelle. Sen sijaan haasteellista oli suhtautua riskeihin, joilla on tunnistettavaa vaikutusta työturvallisuudelle, mutta joille ei oltu tehty mitään. Joskus jäännösriski on tietysti pakko hyväksyä, sillä yksinkertaisesti sen vähentämiseksi on tehty kaikki voitava. Voidaan tietysti aina käydä keskustelua siitä,

milloin tarpeeksi paljon toimenpiteitä on tehty, vaikka henkiseen jaksamiseen liittyvien riskien kohdalla.

Toinen tärkeä huomio tähän liittyen on tehtyjen toimenpiteiden riipeys. On äärimmäisen tärkeää, kun riski havaitaan, että sille tehdään jotakin mahdollisimman pian. Tällöin aika, jonka kuluessa riski saattaa realisoitua, jää mahdollisimman pieneksi. Samoin se, että suurissa organisaatioissa, kuten sairaaloissa, yleensä erillinen tekninen yksikkö vastaa tehdyistä toimenpiteistä. Tämä voi johtaa siihen, että riskin minimoiminen ei onnistu niin nopeasti kuin itse riskin tunnistaminen on onnistuttu tekemään. Lisäksi joissain tilanteissa riskiä ei saa olla liian nopeasti valmis yliviivaamaan: esimerkiksi jos säilytystilaa on kovin rajallisesti, voi pienen tilan raivaaminen tarjota väliaikaisen helpotuksen. Kuitenkin jos tilaa ei ole päivittäiseen toimintaan riittävästi, tulee riski ilmi taas uudestaan lyhyen ajan kuluttua, mutta seuraavaan riskianalyyysiin voi olla aikaa ja tällöin työyhteisö joutuu varastoimaan tavaroita niille kuulumattomissa paikoissa.

Haasteena ovat myös ergonomiaan liittyvät tekijät. Ne eivät välttämättä suoraan aseta työntekijää hengenvaaraan, mutta nostot kuormittavat vähitellen käsiä ja niveliä. Millainen halu organisaatiolla on oikeasti kehittää ja uudistaa työtehtäviä, jotta vastaavia nostoja ei tarvitsisi tulevaisuudessa enää tehdä. Innovoinnit robotiikkaan ja automatiikkaan voivat olla kalliita. Huomioitavaa on, että ergonomiasta johtuvat ongelmat eivät ole millään tavalla uusia. Raportissa tulee aktiivisesti esille myös työn fyysikaaliseen ympäristöön kuten huoneisiin ja käytäviin liittyviä ergonomian haasteita kuten ahtaita työtiloja. Niiden korjaaminen edellyttää laajempaa yhteistyötä ja mahdollisesti työtilojen uudelleenrakentamista.

Monet fyysiset riskit kuten esimerkiksi roiskuvat eritteet ja neuloista aiheutuvat vahinkopistot vaikuttivat olevan erittäin hyvin hallinnassa, psyykkisten riskien kohdalla toimenpide- ja kehitysehdotuksia oli niukemmin. Ilmanlaatu ja esimerkiksi tupakansavun kulkeutuminen sille kuulumattomiin paikkoihin jäi mietityttämään työviihtyvyyttä alentavana tekijänä, koska sisäilma oli muutenkin paikoin puutteellista. Joitain kysymyksiä jäikin leijailemaan ilmaan. Millaista koulutusta henkilöstö on saanut aggressiivisten tilanteiden hallintaan ja voisivatko muutkin osastot kuin psykiatria saada siihen laajempaa perehdytystä? Samoin myös väkivaltatilanteiden raportointi ei ollut haastattelujen perusteella yhtä säännöllistä kuin riskikartoituksen perusteella saattoi ymmärtää. Tosin tässä saattaa olla myös osastokohtaisia eroja käytäntötavoissa. Samoin riskinarvioinnissa oli todella paljon vaihtelua sen kanssa, millaisia riskiarvioita tilanteista keskimäärin saadaan. Tämä johtaa helposti siihen, että riskien keskinäinen vertailtavuus kärsi, kun osa henkilöstöstä pitää riskiä pienenä ja osa suurena. Tämä on tietysti aina ongelma tilanteissa, joissa samat henkilöt eivät osallistu koko määrittämisprosessiin suuressa sairaalaorganisaatiossa.

4.2.4 Tietokantojen analyysin tärkeimmät tulokset sosiaali- ja terveysalan kuntasektorilla

Sosiaali- ja terveysalalla tapaturmat korostuvat tarkastellessa koko kuntasektorilla sattuneita työtapaturmia. Sektorilla sattui vuonna 2015 20 355 työpaikkatapaturmaa, joista 49,3 prosenttia oli terveydenhuolto- ja sosiaalialan työtehtävissä sattuneita. Osan suuresta määrästä toki selittyy sillä, että toimiala on merkittävä kuntasektorin työllistäjä. Kun tarkastellaan kuntasektorin työpaikkoja kokonaisuutena terveydenhuolto- ja sosiaalialan tapaturmaluvut ovat olleet selvässä kasvussa vuosien 2005–2015 välillä: esimerkiksi työtapaturmavakuutuskeskuksen mukaan sosiaali- ja terveysalan työtapaturmat ovat olleet noususuuntaisella käyrällä, kun koko kuntasektorin tapaturmien määrä on ollut huomattavasti loivemmassa nousussa tai jopa laskenut. Esimerkiksi rakennus-, kaivos- ja palvelutyössä onnettomuuksien määrä on ollut laskusuunnassa. (Työtapaturmavakuutuskeskus. 2017b, 26–27) Tilasto poistaa sen valheellisen toteamuksen, että sosiaali- ja terveysalan tapaturmien määrää ei pystyittäisi pudottamaan, jos tapaturmien kappalemäärää muilla toimialoilla ei ole vain kyetty pitämään samassa, vaan peräti laskemaan. Lisäksi sosiaali- ja terveysalalla ei pääosin ole joitain haasteita kuten pimeässä työskentelyä ja voimakasta tärinää aiheuttavia koneita.

Tapaturmavakuutuskeskus on pitänyt kirjaa myös tarkemmasta tapaturmien jakautumisesta eri ammattiryhmien välillä. Suurin tapaturmaryhmä 5939 kappaletta, on terveyden ja sairaanhoitotyön ammattialalla. Tämän jälkeen selvästi pienempänä joukkona tulee lasten päivähoitotyö, jossa korvattuja onnettomuuksia on 2127. Tämän jälkeen vuorossa on sosiaalialan työ 1393. Nämä ovat kolme suurinta tapaturmaryhmää ja lukumäärät vastaavat hyvin niitä vaara- ja haittatekijöitä, joita teoriakirjallisuudessakin painotettiin. On kuitenkin muistettava, että myös muilla ammattiryhmillä sattuu työtapaturmia ja suhteellisten työntekijämäärien pienuuden takia ne voivat olla merkittäviä. Esimerkiksi eläinlääkintähuollossa sattui vuonna 2015 109 työtapaturmaa. (Tapaturmavakuutuskeskus. 2017b, 27)

TVK on luokitellut kuntasektorin työtapaturmia niiden tyyppin mukaan. Suurin osa työtapaturmista, eli 41 prosenttia, liittyi taakan käsittelyyn. Seuraavaksi suurimmat ryhmät, 15% esineiden käsittelyyn ja 14% lihasvoimalla liikuttamiseen. Samoin työtapaturmavakuutuslaitos on tarkastellut poikkeamaa, eli viimeisintä vahingoittumista edeltänyttä tavallisuudesta poikkeamaa sattumusta kuten liukastumista, hyppäämistä tai putoamista. Edellä mainitut ovat suurin yksittäinen poikkeamatyyppi ja kattavat yhteensä 26 % kaikista poikkeamista. Väkivalta ja siihen kuuluvat poikkeava läsnäolo ja järkyttävä tilanne olivat neljänneksi yleisin poikkeamatyyppi 11%. Tarkemman tutustumisen arvoista kuitenkin on se mittava kasvu, jota tarkastelujaksolla 2005–2015 on poikkeamien suhteen tapahtunut. Väkivaltapoikkeamia oli vuonna 2005 7% poikkeamista, mikä vastaa 1200 kappaletta. Vuonna 2015 sen sijaan tapauksia oli vastaavasti 2100 kappaletta eli 900 kappaletta enemmän. Koska luokkaan lasketaan muitakin kuin suoria väkivaltatilanteita,

liian jyrkkiä johtopäätöksiä tämän perusteella ei voida tehdä, vaikka määrä vaikuttaakin merkittävästi kasvaneen. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 27) Samankaltaista kasvua oltiin havaitsemassa myös tutkimuksen kohdeorganisaatioissa asiantuntijoiden mukaan.

TVK:n on listannut tavallisimpia tapoja vahingoittua kunta-alan työtehtävissä vuonna 2015. Ne ovat myös sosiaali- ja terveystalouden näkökulmasta tärkeää luettavaa, jotta mahdolliset vaara- ja haittatekijät tunnistetaan ajoissa. Iskeytyminen pintaa vasten on yleisin vahingoittumistapa 5353 kappaleella, seuraavana tulevat äkillinen fyysinen ja psyykinen kuormittuminen. 4016 kappaletta. Leikkaava terä tai muutoin karhea esine oli mukana 2707 kappaleessa tapauksista. Eläimen tai ihmisen purema tai esimerkiksi potku esiintyi 2007 kertaa. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 27) Huomionarvoista siis on, että moni näistä uhka- ja vaaratekijöistä koskettaa nimenomaan terveydenhuolto- ja sosiaalialaa ja ovat siellä mahdollisia ongelmia.

Samoin kunta-alan työtapaturmissa korostuu kasvavissa määrin vanhojen työntekijöiden osuus. Vanhemmat työntekijät ovat erityisen alttiita liikkumiseen liittyville työtapaturmille, joita heille sattui 45 % kaikista työtapaturmista. Samoin sattuneet vahingot johtivat herkemmin vakaviin tapaturmiin. Syiksi tähän tunnistettiin paitsi vanhempien hitaampi toipuminen, mutta myös erilainen ammatillinen jakautuminen. Erityisen tapaturmarunsaaita ovat yli 64 vuotiaat työntekijät, mutta tällöin vaikeaksi tulee tilastollinen arviointi tämän ikäisten työntekijöiden vähäisen määrän takia. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 29) Terveystalouden ja sosiaalialan työtehtävät ovat monesti liikkuvia. Hoitajat kävelevät potilaalta toiselle ja kotihoidossa työskentelevät tahtovat joskus pidempiäkin matkoja asiakkaiden luo, joten tiedot erityisesti vanhempien työntekijöiden tapaturma-alttiudesta ovat tässä mielessä tärkeitä. Tätä puolta ei tuotu sairaalan haastattelussa aktiivisesti esille, sillä kotiin tehtävä hoivatyö ei tyypillisesti kuulu erikoissairaanhoidon, eikä myöskään tämän tutkimuksen, piiriin.

4.2.5 Tietokantojen analyysin tulokset sosiaali- ja terveystalouden yksityisellä sektorilla

Yksityisellä sektorilla tapaturmien kehitys on sosiaali- ja terveystaloudella ollut valitettavasti samansuuntainen kuin julkisella sektorilla. Vuosien 2005–2015 välillä työntekijöille sattuneiden tapaturmien määrä on tuplaantunut. Yhteensä yksityisellä sektorilla palkansaajille tapahtui vuonna 2015 4462 työtapaturmaa, kun vuonna 2014 tapaturmia oli 4246. Myös tapaturmataajuus on kasvanut runsaasti vuosien aikana. Vuonna 2015 tapaturmataajuus oli 31,8 tehtyä miljoonaa työtuntia kohden, mikä on tarkastelujakson ennätys. Kasvua tarkastelujakson alkupäähän on peräti 10 taajuusyksikköä. Kaiken kaikkiaan työtapaturmavakuutuskeskuksen dokumentti kuvaakin yksityisen sektorin tapaturmien kehitystä huolestuttavaksi näiden numeroiden valossa. Aivan suoria johtopäätöksiä ei kuitenkaan voida vetää, sillä aineiston määrittelyllisten kysymysten takia osa kunnallisen sektorin tapaturmista ja

onnettomuustapahtumista on aiheuttomasti saattanut mennä yksityisen sektorin puolelle. Tästä huolimatta esimerkiksi teollisuuden työpaikkatapaturmat ovat vähentyneet 48% vuosien 2008–2015 välillä. Vaikka taantuma ja teollisuuden liiketoiminnan vähentyminen selittäisi osan vähenemästä, on 2005–2015 vuosien laskeva trendi teollisuudessa sekä kaivos- ja louhintatoiminnassa huomattava. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 29–31) Turvallisuuspuutteet asettavat pohdinnan alle sen, onko yksityiskehitys työntekijöiden turvallisuuden kannalta oikea ratkaisu.

Valtaosa näistä yksityisen sektorin terveyst- ja sosiaalipalveluihin laskettavista tapaturmista on laadultaan lieviä. 2014 lieviä tapaturmia oli arviolta noin 67%. Lievät tapaturmat ovat määrällisesti kasvussa, verrattuna tarkastelujakson alkupäähän vuoteen 2005, jolloin 58% vahingoista oli lieviä. 4,9% sattuneista tapaturmista luokiteltiin vakaviksi yli 30 päivän töistä poissaolon aiheuttaviksi. Luku on suhteellisen alhainen, koska kuntasektorilla vastaava arvo on 5,6% ja kaikilla aloilla peräti 7%. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 30)

Mielenkiintoista on vahinkojen jakautuminen yksityisellä sektorilla. Sosiaalialan työ on vahinkoaltteinta 38,1 prosentin jakaumalla ja terveyden ja sairaanhoitotyö tulee vasta toisena 33,8% osuudella. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 27, 30) Kuntasektorilla näet sosiaalialan vahingot olivat selvästi sairaanhoitoalan vahinkomääriä pienemmät. Samoin sosiaalipalvelut jäivät myös lasten päivähoitosektorilla sattuneiden vahinkojen taakse. Onkin mielenkiintoista analysoida sitä, mistä tämä ero johtuu, kun tiedetään, että yksityisellä sektorilla työskentelee runsaasti hoitohenkilökuntaa. Samoin myös yksityisiä päiväkotia on runsaasti. Miksi siis vahingot keskittyvät voimakkaasti sosiaalialaan? Yksittäistä syytä on tämän tutkimuksen pohjalta vaikea tunnistaa pelkkien numerotietojen avulla.

Sosiaali- ja terveystalan työtapaturmat olivat yksityiselläkin sektorilla pitkälti liikkumistapaturmia. 39,3% tapaturmista liittyi liikkumiseen ja seuraavaksi suurimmat ryhmät olivat 17,8% taakan käsivoimin hallinta sekä 15,6% esineiden käsittely. Suuri liikkumistapaturmien määrä on samassa linjassa kuntasektorin kanssa, jossa 41 prosenttia tapaturmista oli liikkumista koskevia. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 27, 30) Tämän perusteella liikkumisen turvallisuuteen olisi syytä kiinnittää huomiota.

Vahingoittumistapojen suhteen yksityinen sektori ei ratkaisevasti eronnut kunta-alan vastaavista. Suurin ero oli siinä, että äkillinen fyysinen tai psyykinen kuormittuminen oli suurin tyyppi 24,8% osuudella kun taas iskeytyminen pintaa vastaan tuli toisena 19,4% jakaumalla. Huomionarvoista ovat eläimen tai ihmisen, puremien ja potkujen kasvu tarkastelujaksolla 2005–2015 8 prosenttiyksikköä siten, että nousua vuoteen 2014 oli 66 tapausta. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 30)

Millaisia ovat työntekijöille sattuvat vahingot yksityisellä terveydenhuolto- ja sosiaalialalla? Tavallisesti kyse on nyrjähdyksistä ja venähdyksistä tai haavoista ja muista

pinnallisista vammoista. Sormet ja selkä loukkaantuvat tavallisesti. Alaraajojen kuten jalkaterän, nilkan ja varpaiden vammat ovat myöskin tyypillisiä. Verrokkina teollisuudessa korostuvat sormi ja silmävammat. Teollisuudessa vammat keskittyvät myös selvemmin yläraajojen alueelle, mikä on selvästi erilainen kuin alaraajoihin painottuvat sosiaali- ja terveysalan tapaturmat. (Tapaturmavakuutuskeskus 2017b, 30, 33) Eroja selittävät esimerkiksi erilaiset työasennot, työtehtävät sekä teollisuudessa tapahtunut ergonomiakehitys.

4.2.6 Tietokantojen analyysin johtopäätökset

Tietokantojen analyysin perusteella muodostuva kuva sosiaali- ja terveysalan vaara- ja haittatekijöistä oli negatiivisesti sävyttynyt. Vaara- ja haittatekijät olivat kasvussa 2005–2015 välisellä tarkastelujaksolla sekä kunnallisella että yksityisellä sektorilla. Kasvu tapahtui samaan aikaan, kun useimmilla teollisuuden aloilla tapaturmamäärät olivat laskussa. Samoin tietokantojen nostamat työtapaturmiin johtavat tekijät ovat samoja, joita kirjallisuudessa on käsitelty useiden vuosien ajan. Ongelmakohtat ovat siis hyvin tutkijoiden tiedossa, mutta riittäviä toimenpiteitä ongelmien korjaamiseksi ei ole tehty.

Tapaturmien sattumisen suhteen tavallisimpia uhreja ovat ammattien edustajat, joita sosiaali- ja terveysalla on paljon. Heitä ovat esimerkiksi hoitajat, sosiaalityöntekijät sekä lasten kanssa työskentelevät. Tilastoissa on mainintoja myös ammattiryhmistä, joiden työntekijöitä on suhteellisesti vähemmän kuten eläinlääkintäalalla työskentelevät ja apteekkialan työntekijät. Samoin vanhemmat työntekijät vaikuttavat olevan riskiryhmässä, mutta tällöin työntekijöiden vähäinen määrä hankaloittaa tilastollisten johtopäätöksien tekemistä.

Huomioitavaa on väkivaltatapausten lisääntyminen sekä kunnallisella että yksityisellä sektorilla. Kaikkea tilastoissa ollutta kasvua ei voi pistää väkivallan syyksi, sillä samaan kategoriaan liitetään muitakin kuin suoria väkivaltaisia tapahtumia. Tästä huolimatta, väkivaltaisia tilanteita kuuluu sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden toimenkuvaan. Kansainvälisessä tutkimuksessa on myös huomattu väkivallan yleisyys ja pohdittu siihen ratkaisukeinoja. Esimerkiksi Suomen kontekstissa voisi ratkaisuksi hahmottaa työn suunnittelua turvallisemmaksi ja aggressiivisten asiakkaiden tapaamista vain valvotuissa olosuhteissa tai toisen työntekijän seurassa. Resurssikysymykset ovat varmasti haasteena kummankin asian takana.

Dokumenttianalyysissä ja haastatteluissa tuli esille ennakoivan turvallisuuskulttuurin vahvistuminen ja merkitys. Mikäli turvallisuuskulttuuria saadaan vahvistettua ja suhtautumista vaaroihin ja haittoihin muutettua, tulisi tapaturmalukujen kääntyä tulevaisuudessa laskuun. Nykytilastojen valossa ei ainakaan vielä voida sanoa, että selvää kehitystä olisi havaittavissa.

4.2.7 Haastattelujen analyysin johtopäätökset

Haastattelujen analyysin johtopäätökset olivat mielenkiintoista luettavaa. Tulokset täydensivät hyvin dokumenttianalyysin ja tapaturmavakuutuskeskuksen tilastojen tietoja ja tarjosivat turvallisuusasiantuntijoiden, sosiaalityöntekijöiden, esimiesten, sairaanhoitajien ja psykiatrisen puolen näkemyksen. Keskeisimpiä haastattelujen havaintoja oli työturvallisuuskulttuurin puutteiden tunnistaminen. Toiminta vaarojen ja haittojen suhteen on vielä paikoitellen reaktiivista ja organisaatio ei ole täysin sitoutunut ennakoivan työturvallisuuskulttuurin hyötyihin. Tämä näkyi paitsi siinä, että fyysiset riskit arviottiin psyykkisiä suuremmiksi, omasta jaksamattomuudesta ei kaikkien mukaan voinut puhua ja siinä, että uudelle työntekijälle ei tarjottu riittävää turvallisuusperhdytystä hänen aloittaessaan tehtävänsä. Toki tilanne on parempi kuin joitain vuosia aikaisemmin, mutta parhaisiin yksityisen sektorin toimijoihin verrattuna matkaa on vielä jäljellä.

Haastatteluissa fyysiset riskit vaikuttivat olevan haastateltavien oman näkemyksen mukaan hyvin hallinnassa. Kukaan ei kokenut, että työhön sisältyisi ratkaisemattomia vaaroja ja haittatekijöitä. Kuitenkin yleisimmät tapaturmatyypit eli työmatkaliikenne, liikkumistapaturmat sekä väkivalta olivat yhä selättämättä. Työmatkaliikenteen turvallisuuden puolesta tulisi kampanjoida selvemmin ja enemmän, jotta tiedostettaisiin ne riskit, joita omalla liikennekäyttäytymisellä aikaansaadaan. Liikkumistapaturmat sairaalassa aiheutuvat esimerkiksi kiireestä ja puutteellisesti järjestetyistä tavaroista. Joissain toimitiloissa johtoja ja muuta asiankuulumatonta oli lattialla, joten siihen saattoi kompastua, samoin jotkut portaista olivat vaarallisen kapeita ja jyrkkiä. Ulkoalueilla rakennustyömaa tuo omat haasteensa. Väkivallan suhteen on tiedostettu ne alueet, joissa sitä eniten sattuu, mutta väkivaltatapahtumiin suhtautuminen oli jokseenkin arkista. Haastateltavan asiantuntijan mukaan pelkästään alkuvuoden aikana päähän kohdistuneita vakavia loukkaantumisia on tapahtunut kolme. Jos suhtautuminen on, väkivaltatilanteisiin on liian lepsua, on vaikeaa luoda vaikutuspinta-alaa innovatiiviselle työlle, joka pyrkii eliminoimaan kaikki mahdolliset tapaturmat.

Jatkossa organisaation tulisikin suhtautua entistä kunnianhimoisemmin siihen, miten esimerkiksi kehitysvammaisten ja mielenterveysongelmaisten parissa työskentelevät eivät kohtaisi työstä johtuvia tapaturmia. Vaikka osa potilaista onkin yhä vaarallisia, tulisi kiinnittää huomiota siihen, millä tekijöillä vaaratilanteet poistettaisiin. Ratkaisuja voivat olla esimerkiksi henkilöstömäärän lisääminen, väkivaltatilanteisiin annettavat koulutukset ja vartioinnin tehostaminen. Myös tilojen rakenteelliset ratkaisut voivat tulla kyseeseen. Esimerkiksi psykiatrisella puolella on annettu koulutusta väkivaltatilanteiden hoidosta, mutta tämä koulutus tulisi ulottaa kaikille organisaatioille ja koko henkilökunnalle.

Ergonomian ja työhyvinvoinnin näkökulmasta sairaala on kehittynyt eteenpäin viime vuosina. Uudet toimitilat tarjoavat paremmin varastointitilaa, työhön tarvittavia

apuvälineitä on saatavilla ja henkilöstöllä on mahdollisuus saada käyttöönsä työtä auttavia apuvälineitä kuten esimerkiksi satulatuoleja. Sen sijaan osa työolosuhteista on vieläkin riittämättömiä: esimerkiksi psykiatrian puolella työtilat eivät ole asianmukaiset tarpeisiin nähden ja taukokuone on liian pieni. Samoin taukojen pitäminen ja ruokailu eivät ole aina riittävän pitkiä työstä irrottautumista varten. Osa rakennuksista kärsii sisäilmaongelmista. Homeitiöt ja -sienet eivät ole sairaalaorganisaation suurin ongelma vaan suuret potilasmäärät ja riittämätön ilmastointi ovat enemmänkin vaikuttaneet huonon ilmanlaadun syntymiseen ja vanhat rakennukset ovat tulleet käyttöikänsä päähän. Ergonomian suhteen tulisi joissain tehtävissä kiinnittää enemmän huomiota siihen, että työ ei ole pelkästään seisomatyötä 8 tuntia kerrallaan, vastaavasti istumatyötä tekeville tulisi muistuttaa riittävästä jaloittelusta.

Psykykinen jaksaminen ja siihen liittyvät ongelmat vaikuttaisivat olevan haastattelujen mukaan sairaalan tämän hetken suurin ongelma, koska väkivaltaisia tilanteita oli kohdannut haastateltavista niin harva. Jaksamisen suhteen on jo käytössä useita ohjelmia, joilla tuetaan esimerkiksi ikääntyvän henkilöstön töissä pysymistä. Samoin varhaisen puuttumisen mallia noudatetaan vähintäänkin epävirallisesti joissain osastoilla, mutta kaikilla osastoilla ilmapiiri ei ole sellainen, että omaa jaksamattomuutta välttämättä voisi tuoda avoimesti esille. Asiakkaiden epäasiallinen käyttäytyminen ja huutaminen voivat muodostua suoraksi työssä jaksamiseen liittyväksi kysymykseksi. Suoraa työpaikkakiusaamista ei juurikaan esiinny, mutta kitka pitkäaikaisten työkaverien välillä voi välillä äityä pahaksi. Samoin hierarkkinen sairaalaorganisaatio voi osaltaan tuntua kuormittavalta: varsinkin se kuka saa käskä ja ketä, puhuttaa henkilöstöä. Sairaalan näkökulmasta tulisi luoda sellainen työympäristö, jossa jaksamisesta olisi kaikilla osastoilla vapaus puhua suoraan. Paljon painoarvoa asetettiin myöskin esimiesten johtamiselle ja sille, että he itse huomaavat psyykkisesti uupuneen henkilön ja tarjoavat tarvittaessa apua hänen jaksamiseensa.

Kaiken kaikkiaan haastatteluissa tuli vahva käsitys siitä, että perehdytysvaiheeseen tulee panostaa lisää tulevaisuudessa. Perehdytysvaiheessa on oltava riittävästi aikaa käydä läpi sekä käytännön työhön liittyvät asiat kuin keskittyä myös turvallisuuteen ja henkiseen hyvinvointiin. Esimiehet voivat osaltaan pohtia myös tapoja pitää yhteyttä alaisiinsa ja seurata, miten heidän jaksamisensa kehittyy. Perehdytys on erityisen tärkeää uuden henkilöstön, opiskelijoiden ja muiden vieraiden henkilöiden kuten siviilipalvelusmiesten tullessa organisaation palvelukseen.

4.3 Miten saatu tutkimusaineisto vastaa tutkimuskysymykseen?

Diplomityön tutkimuskysymyksenä oli, mitkä ovat keskeiset vaara- ja haittatekijät sosiaali- ja terveysalan työntekijöiden keskuudessa ja miten näitä vaaroja pyritään poistamaan tai niiden vaikutusta ehkäisemään. Tutkimuskysymykseen vastattiin

sairaalassa tehtyjen riskienarvointien dokumenttianalyysin, tapaturmavakuutuskeskuksen tilastojen ja haastattelujen avulla. Tehdyissä haastatteluissa vaara- ja haittatekijöitä kysyttiin paitsi suoraan työntekijöiltä itseltään, mutta myös turvallisuusalan asiantuntijoilta. Heistä kumpikaan ei toiminut esimiestehtävissä.

Saatu aineisto vastaa esitettyyn tutkimuskysymykseen kartoittamalla mahdollisia vaaroja ja haittoja. Aineiston perusteella saatiin kartoitettua paljon erityyppisiä vaaroja. Työn tuloksena saatiin, että suurimmat vaarat ovat väkivalta ja työhön liittyvä liikkuminen sekä työmatkat. Sen jälkeen tulivat psyykkiset tekijät, jotka voivat muodostua merkittäväksi haittatekijäksi. Ergonomia ja työn suorittamiseen liittyvät fyysiset tekijät kuten työtilat ovat kehittymässä parempaan suuntaan, joten niiden pariin listatut vaarat eivät muodostaneet yhtä isoja riskimahdollisuuksia riskikartassa. Tapaturmavakuutuskeskuksen eli TVK:n tilastojen valossa dokumenttianalyysin ja haastattelujen tulokset eivät ole yllättäviä. Vähäisiä eroja selittää se, että nyt tarkastelussa oli erikoissairaanhoidon toimintayksikkö eikä koko terveydenhoito kokonaisuutena. Tällöin esimerkiksi fyysisiä vahinkoja taakan nostamisesta on vähemmän, koska kyseiset potilaat ovat pääosin hoidettavina muissa toimipisteissä. Samoin koska nyt tarkasteltiin koettua turvallisuutta ja sitä, millaisia riskejä haastateltavat näkevät yleisimpinä, on tulos erilainen kuin jos olisin pyytänyt kvantitatiivisen aineiston kaikista sattuneista tapaturmista ja niiden aiheuttajista.

Toinen osa tutkimuskysymystäni oli vaarojen vaikutuksen pienentäminen tai vaarojen poistaminen kokonaan. Tämä jäi selkeästi vähäisemmäksi osaksi dokumentteja ja haastatteluja. Turvallisuusasiantuntijat kuvailivat organisaatiota hitaasti kääntyväksi laivaksi, jossa turvallisuus on kestävyyslaji. Tällaisessa turvallisuuskulttuurissa uudet ideat ja toimintatavat eivät ole helposti juurrutettavissa. Yleisesti tunnistettiin se, että jos väkivaltatilanteet ja työmatkatapaturmat saataisiin pyyhittyä pois, romahtaisivat tapaturmatilastot kerta heitolla. Kuitenkin konkreettiset toimenpideideat olivat haastavia. Useat sosiaali- ja terveystieteiden toimijat tulevat kiireiselle sairaala-alueelle pyörällä tai kävellen ja siten altistavat itsensä tapaturmille. Kiire on liikenteessä myös yksi altistava tekijä. Samoin turvallisuusasiantuntijan kuvaama väkivaltatilanteiden raaistuminen ja arkipäiväistyminen on luonut osaltaan käsityksen siitä, että tietynlainen väkivaltaisuus ikään kuin ”kuuluu” vammaisten ja psyykkisesti sairaiden potilaiden hoitoon. Mahdollisesti väkivaltaa voisi ehkäistä rakenteellisilla tekijöillä kuten tilaratkaisuilla ja henkilökuntaa lisäämällä. Mitään helppoa ja nopeaa toimenpidettä ei tähänkään tunnustettu, vaan pikemminkin turvallisuuskulttuuria kehittämällä kiinnostuttaisiin yhä enemmän oman turvallisuuden parantamiseen tähtäävistä toimista.

Yhtenä keskeisenä keinona turvallisuuskulttuurin luomisen ohessa tunnustettiin esimiehen toiminta ja panos. Dokumenttianalyysin kahdella alueella toimii yhteensä yli 100 esimiestä. Mikäli he motivoituvat ja innostuvat viemään turvallisuutta työntekijöiden joukkoon voidaan merkittävästi pudottaa tapaturmataajuutta ja psyykkiseen jaksamiseen liittyviä ongelmia. Erot esimiesten välillä ovat kuitenkin suuria ja kaikki eivät ole yhtä

sitoutuneita kehittämään omaa toimintaansa, vaan etsivät mieluummin muita kehityskohteita kuin oman johtamisensa. Haastatellut esimiehet olivat myönteinen esimerkki siitä, millaista turvallisuusjohtaminen parhaimmillaan on, kun siihen sitoudutaan ja siihen annetaan riittävästi työaikaa.

4.4 Mitä saadut tulokset tarkoittavat diplomityön aiheen näkökulmasta?

Saadut tulokset antavat hyvän käsityksen siitä, miksi vaara- ja haittatekijöitä tulisi tarkastella kokonaisvaltaisesti ja kattavasti. Ensinnäkin moni vaara- ja haittatekijä oli luokiteltavissa useaan eri luokkaan ja varmistamalla, että käsittelee niitä kaikkia, mikään olennainen riski ei jää havaitsematta. Jos olisin rajannut esimerkiksi sisäilma-asiat tutkimuksen ulkopuolelle, en olisi huomionnut lainkaan kattavissa määrin myöskään työperäisten sairauksien kuten astman mahdollisuutta. Samoin tutkimusta aloittaessa ei ollut mitenkään varmaa, mitkä tekijät korostuvat muita suurempina, joten rajaukset olisivat voineet vääristää saatujen tulosten oikeellisuutta.

Aiheen näkökulmasta kolmen eri aineiston hyödyntäminen antoi laajemman käsityksen tutustuttavasta aiheesta. Jos olisin rajautunut pelkästään haastatteluihin, en olisi pystynyt havaitsemaan dokumenttianalyysistä nousevia trendejä kuten esimerkiksi psyykkisten riskien ja väkivallan suuren painoarvon. Esimerkiksi turvallisuusasiantuntijan puheessa korostuivat ensin työmatkaliikenne ja liikkuminen, mutta nostamalla nämä teemat esille pääsin syvemmälle siihen, minkälainen merkitys näillä aihealueilla on sairaalan turvallisuustason kannalta.

Saadut tulokset viestittävät myös siitä, että turvallisuustyö ei suinkaan ole valmis tai lopussa. Vaikka Suomea on totuttu pitämään kehittyneenä hyvinvointivaltiona, on turvallisuuden suhteen vielä paljon tehtävää ja kehitettävää. Tämän diplomityön myötä nämä epäkohdat tulevat tunnetuksi ja niille voidaan tehdä jotakin rakentavaa. Samoin ne nostavat turvallisuustutkimuksen profiilia ja tekevät nähdyksi sitä työtä, jota esimerkiksi teollisuudessa on tehty onnistuneesti vuosikausia. Yhtenä johtopäätöksenä voisi pitää sairaaloiden lisääntyvää painetta liittyä esimerkiksi nolla tapaturmaa -foorumiin kuten kohdeorganisaatio on tekemässä. Hyviä käytäntöjä vaihtamalla turvallisuutta voidaan kehittää eteenpäin.

5. POHDINTA

Tulosten laadullinen pohtiminen on tärkeää tieteen kehittämisen ja tulosten jatkohyödynnettävyyden kannalta. Saadut tulokset kokonaisuutena vastasivat hyvin tutkimuskysymyksiin ja saadut tulokset olivat samansuuntaisia riippumatta siitä, tarkastellaanko dokumenttianalyysin, tietokantojen analyysin vai haastattelujen tuloksia. Osatehtävien tulosten keskinäiset erot olivat pieniä. Kokonaisuutena tutkimuksen osatekijät antoivat käsityksen siitä, että sekä fyysisiä että psykososiaalisia uhkia esiintyy sairaalassa liian korkeilla riskitasoilla. Sairaalan kannalta tämä tarkoittaa sitä, että yhä aktiivisempaa roolia turvallisuusongelmien ratkaisussa on pakko noudattaa. Tutkimus ei kuitenkaan täysin kyennyt ottamaan huomioon kaikkia tekijöitä, esimerkiksi turvallisuustilanteen kehitystä olisi ollut mukava jäädä seuraamaan. Pitkäaikaistutkimus voisi kuulua tulevien tutkimustarpeiden piiriin.

5.1 Tulosten laadullinen uskottavuus ja vakuuttavuus

Tulosten laadullisen uskottavuuden pohtiminen on tärkeää niiden yleistettävyyden ja jatkokäytettävyyden kannalta. Mikäli tutkimus ei ole laadullisesti uskottava sitä ei voida myöskään hyödyntää jatkossa ja sen tieteellinen arvo on vähäisempi kuin tutkimuksen, jossa laadullisen uskottavuuden seikat on huomioitu. Laadullisen tutkimuksen tulee olla toistettavaa. Siihen kuuluu jäykkyys ja perusteellisuus joka määrittää tutkimuksen arvoa vastaavalla tavalla kuin reliabiliteetti ja validiteetti kvantitatiivista tutkimusta. Jäykkyys on tosin tässä tapauksessa lähinnä kielikuva, sillä laadulliseen tutkimukseen kuuluu pikemminkin pyrkimys selittävyteen eikä tiukkoihin raja-aitoihin. (Magilvy 2011, 151) Laadullisen tutkimuksen jäykkyyden voidaan ajatella olevan lähtöisin tutkijan toimintatavoista. Tutkija luo reliabiliteetin ja validiteetin sisältävän jäykkyyden datan keräys- ja analyysivaiheessa omien toimintatapojensa kautta. Esimerkiksi tutkimalla ja viettämällä enemmän aikaa haastattelututkimuksen osallistujien kanssa, tutkija saa rikkaamman ja monipuolisemman aineiston. Haastateltavien luottamus nousee ja tätä luottamusta hyödyntäen saadun datan validiteetti kohenee. (Morse 2015, 1214, 1219–1220)

Laadullisen uskottavuuden ja jäykkyyden pohtiminen on tärkeää myös siitä syystä, että se mahdollistaa kritiikin ja tieteen eteenpäin kehittämisen. Tämä järjestelmällinen ote olisi syytä saada mukaan tutkimuksen sen suunnitteluvaiheesta lähtien, jotta tutkimuksen luotettavuus toteutuu valmiissa tutkimuksessa parhaalla mahdollisella tavalla. Tutkijalta vaaditaan myös kykyä reflektoida tekemäänsä tutkimusta ja arvioida kriittisesti sitä, miten omat ennakkokäsitykset vaikuttavat saatuihin tutkimustuloksiin. Tutkija voi pitää kirjaa esimerkiksi haastattelujen jälkeen omista ajatuksistaan, tunteistaan ja muista

seikoista, jotka voivat vaikuttaa saatuihin tutkimustuloksiin ja niiden luotettavuuteen. (Magilvy 2011, 154)

Laadullisen tutkijan ajattelu voi Morsen (2015, 1215–1216) mukaan vinoutua kolmen eri tyyppin takia. Hän saattaa selkeästi odottaa yhdenlaisia tuloksia, jolloin seurauksena on se, että saadut tulokset heijastelevat tätä piilevää toivetta. Tärkeää olisikin, että tutkija kykenisi säilyttämään neutraalin asenteen aiheitaan kohtaan. Lisäksi saatua dataa voi pyrkiä verifioimaan ja sen oikeellisuutta arvioimaan. Toinen vinouma liittyy laadullisen tutkimuksen omiin erityispiirteisiin. Laadullisessa tutkimuksessa valitaan kohtalaisen pieniä tutkimusjoukkoja, koska datan käsittely on työlästä. Validiteetti voikin vaarantua, kun valitaan liian spesifejä tutkimusjoukkoja, jotka eroavat liikaa normaalista populaatiosta. Tällöin yleistettävyys kärsii. Kolmantena on tutkimusasetelmaan sisäänrakennettu vinouma. Esimerkiksi kysymyspatteristo saattaa olla huonosti laadittu tai tutkimus kartoittaa mies- ja naishoitajien välistä eroa, mutta ei huomioi sukupuolieroa asiakkaiden kesken. Tällaisissa tilanteissa vastuu on tutkijalla, jotta hän huomaa mahdolliset vinoumat jo tutkimusta laatiessaan.

Laadullisen tutkimuksen tulosten jäykkyyttä voidaan myös varmentaa jonkun muun kuin tutkijan itsensä tekemänä, jos tutkimuksen tulokset jättävät epäilyksen aiheita. Ulkopuolinen auditoija voi tarkastella laadullisen tutkimuksen käsitteellistyksiä ja päättelyketjuja ja esittää tämän pohjalta oman johtopäätöksen. Ulkopuolinen auditointi on kuitenkin laadullisen tutkimuksen kohdalla harvinainen menettelytapa. (Morsen 2015, 1216) Ongelmana voi olla se, että ulkopuolisen auditoijan osaaminen ei välttämättä ole oikeanlaista ottamaan kantaa tutkimuksen oikeellisuuteen.

Kokonaisuutena diplomityön tutkimustulokset ovat laadullisesti uskottavia, vaikka sitäkin vähentäviä tekijöitä on tunnistettavissa. Laadullinen uskottavuus muodostuu muutamista seikoista. Ensinnäkin tulokset ovat samankaltaisia eri tutkimustehtävien välillä, joka luo johdonmukaisuutta ja uskottavuutta tulosten välille. Toinen tekijä on laajan tutkimusaineiston käyttö. Dokumenttianalyysissa vastaajia oli lähes 3000, yli 100 lähiesimiestä, ja haastatteluissakin 7 eri asiantuntijaa. Koska dokumenttianalyysin raportteja oli kahdelta eri alueelta, monipuolista tämäkin osaltaan saatuja tuloksia. Samoin koska tutkimuksessa hyödynnettiin kahden eri turvallisuusasiantuntijan näkemystä, voidaan tuloksia pitää myös siltä osin kattavina ja relevantteina. Kolmas keskeinen tekijä on laaja ajallinen aikajänne, jolla sairaalan vaara- ja haittatekijöitä arvioitiin. Vaikka dokumenttianalyysissä sinänsä keskityttiin viimeisimpään raporttiin, oli haastattelun useimmilla työntekijöillä yli vuosikymmenen kokemus toiminnasta sairaalaympäristössä. Tämän pohjalta he pystyivät ottamaan kantaa siihen, miten asiat ovat esimerkiksi muuttuneet 2000-luvun alkuvuosista ja tunnistamaan positiivisia kehityskaaria ja myös organisaation ”ikuisuusongelmia”.

Tulosten uskottavuutta vähensivät selkeästi muutama erityinen tekijä. Ensimmäinen on dokumenttianalyysin keskittyminen pelkästään kahteen alueeseen. Ideaalitalanteessa

alueita olisi ollut vielä enemmän, jotta spesifit tiettyjä toimintoja koskevat riskit olisivat nousseet esille. Esimerkiksi nyt toisella tarkastelutoimialueista esiintyi valaisimista johtuvia sähköiskun vaaroja. Esimerkiksi paljon väkivaltaa sisältävällä kehitysvammaapuolella, olisi saattanut dokumenteissa olla mielenkiintoisia tekijöitä, jotka osaltaan altistavat työntekijöitä väkivallalle. Toinen huomio liittyy haastateltavien valintaan. Ideaalitulanteessa haastateltavia voisi olla useita kymmeniä ja heidän kanssaan käytäisiin enemmän kuin yksi perusteellinen keskustelu. Tällöin haastattelija voisi rakentaa luottamuksellisempaa suhdetta, jossa avoimemmin paljastetaan organisaation toimintaan liittyviä ongelmia. Vaikka haastateltava mainitsikin toimivansa anonyymisti ja herkkätunteisesti, moni saattaa silti jättää kertomatta hävettävänä pitämiään asioita tai väärinä pitämiään mielipiteitään. Haastateltavien suurempi määrä puolestaan antaisi käsityksen siitä, millaiset teemat toistuvat haastattelusta toiseen ja mahdollistaisi tulosten kvantifioimisen visuaaliseen muotoon. Diplomityön ajallisten resurssien puolesta tämä ei valitettavasti ole mahdollista. Suurena tutkimustulosten laadullisen uskottavuuden ongelmana ei voida pitää tietojen kaunistelua tai valehtelua, sillä kaikki haastatellut henkilöt puhuivat asioista samansuuntaisesti ja tapaturmatilastot ovat linjassa näiden keskustelujen kanssa.

5.2 Mitä uutta tulokset tuovat teoreettiseen keskusteluun?

Tutkimustulokset tuovat uutta pohdittavaa teoreettiseen keskusteluun. Tärkeimpänä tietysti sairaaloiden toimintaan liittyvien vaara- ja haittatekijöiden paremman ymmärtämisen. Keskeinen uusi tieto on työperäisen väkivallan ja työmatkaliikenteen suuren merkityksen tiedostaminen. Mikäli ne onnistutaan selättämään, putoaa riskitaso sairaalassa olennaisesti. Toki sairaalassa on monia muitakin vaara- ja haittatekijöitä kuten sähkö, neulapistokset ja puutteellinen sisäilmasto. Ne ovat kuitenkin vaikutuslaajuudeltaan vähäisempiä.

Toinen olennainen asia on esimiestoiminnan tärkeyden tiedostaminen. Paitsi että esimiehen tehtävänä on huolehtia turvallisuuden ylläpidosta omalla alueellaan, mutta myös se, että hyvällä esimiestyöllä voidaan vaikuttaa työntekijöiden henkistä kuormitusta alentavasti. Tästä osoituksena ovat esimerkiksi varhaisen puuttumisen mallit. Lähiesimiehellä on siis paljon valtaa ja vastuuta vaikuttaa siihen, miten kuormittuneita työntekijät alueella ovat. Riittävä tauotus ja vahinko- ja läheltä piti -tilanteissa saatava keskustelutuki ovat esimerkkejä tästä. Tästä syystä turvallisuuden parantamisen kohdalla tulee kiinnittää huomiota paitsi ylimmän johdon, mutta myös lähiesimiesten toimintaan.

Turvallisuuskulttuuri ja sen merkitys tulee esille vahvana sairaalan turvallisuuteen vaikuttavana voimana. Ennakoiva turvallisuuskulttuuri ja sen hyödyt ovat asia, jonka vahvuuksia pitäisi pystyä paremmin perustelemaan johdolle ja kun johto sitoutuu siihen vahvemmin, saadaan aikaan myönteisiä tuloksia turvallisuuden näkökulmasta. Sairaaloilla on tässä suhteessa paljon opittavaa yrityssectorilta. Samoin suhtautuminen siihen, että onko asian hyväksi tehtävissä jotakin, pitäisi lähtökohtaisesti olla positiivinen.

Työturvallisuuskulttuurin ohessa tiedonkulku ja avoimen keskusteluilmapiirin luominen ovat tärkeitä asioita. Haastatteluissa tuli esille, että osa työntekijöistä koki, että heitä ei kuunnella eikä heille välitetä riittävästi asianmukaista tietoa ilmanlaadun kysymyksistä. Mikäli organisaatio haluaa kehittää turvallisuuttaan, tulisi teoreettisessa keskustelussa tiedostaa myös se, millainen ilmapiiri organisaatiossa vallitsee ja onko oman jaksamattomuuden esille tuominen hyväksyttävä asia. Samoin sen tiedostaminen, että samoissa tehtävissä toimii henkilöitä hyvin erilaisella kokemuksella ja koulutuksella varustettuina. Toiselle selvä ja opinnoissa mainittu asia voi olla täysin uusi ja tuntematon johtuen siitä, että eri aikakausina samaakin tutkintoa on painotettu eri suuntiin.

5.3 Mitä uutta tietoa sote-alan käytännön toimijat saavat tutkimuksesta?

Sosiaali- ja terveystalouden toimijoille tutkimuksen tulokset voivat olla herättävä tekijä. Suomea ja maassamme vallitsevia toimintatapoja saatetaan pitää nykyisellään jo riittävän hyvinä. Kehitysmuutos ja innovointi eivät lisäänty, jos olemme tyytyväisiä turvallisuuden nykytilaan. Diplomityön näkökulmasta keskeinen tulos on se, että parantamisen varaa on vielä runsaasti. Hyvä tapaturmakehitys rakentamisessa ja teollisuudessa osoittaa, että ongelmia on mahdollista pienentää ja tapaturmatodennäköisyyttä laskea.

Samoin sosiaali- ja terveystalouden saa käsityksen siitä, millaisia ongelmia ja tapauksia ylipäättään sairaalamaailmassa tulisi kyetä päihittämään. Mediassa puhutaan pitkistä työurista, mutta liikkumisen tapaturmat ja työperäinen väkivalta voivat katkaista työuran siinä missä henkinen jaksamattomuuskin. Näitä vastaan voidaan kampanjoinnin ja tiedotuksen lisäksi kamppailla myös muilla keinoilla kuten tarjoamalla turvalliset kulkuyhteydet työpaikalle ja rakentamalla tiloja, joissa väkivallan riski on mahdollisimman pieni. Tärkeä tieto on myös se, että osa kohdeaineiston haastateltavista suhtautui niin, että johto ei välitä heidän ongelmistaan tai huonoksi koetusta sisäilmasta. Tietoa korjauksista ja parannuksista ei ole riittävästi saatavilla: kehitystä oli turvallisuusasiantuntijoiden mukaan tapahtumassa, mutta käytännön toimijat eivät aina tienneet turvallisuuden nykytilaa.

Henkilöstön kiinnostus ja motivaatio turvallisuutta kohtaan vaihtelee. Sote-alan toimijoiden näkökulmasta on tärkeää tunnistaa henkilöt, jotka ovat motivoituneita kehittämään työturvallisuutta ja ovat valmiita erikoistumaan siihen liittyviin asioihin työn ohessa. Turvallisuuden suhteen ei voida liikaa laskea pelkästään yksittäisten ihmisten aktiivisuuden varaan, sillä kaikkia turvalliset toimintatavat eivät kiinnosta. Silti aktiivisten ihmisten roolia hyödyntämällä voidaan luoda organisaation sisäistä myönteistä turvallisuuskulttuuria. Käytännön esimerkkinä yksi haastateltavista oli ollut mukana projektissa, jossa yhdenmukaistettiin kaikkien turvallisuustarvikkeiden sijainti

rakennuksen eri kerroksissa. Siten kuka tahansa talon toimija tiesi, mistä tarvittaessa löytää hätäsammutusvälineet tai jonkun muun tarvittavan asian.

5.4 Miten saatuja tuloksia voidaan hyödyntää SOTE-alan päivittäisessä toiminnassa?

Sosiaali- ja terveysalan puolesta tutkimus tarjoaa paljon hyödynnettäviä ja opittavia asioita. Suurin menetys tällaisen tutkimuksen jälkeen olisi se, että mikään organisaatioiden toiminnassa ei muuttuisi. Jotta mikään parannus olisi mahdollista viedä läpi, tulee ensiksi luoda työntekijöille ja turvallisuuden kehittäjille sellainen asenne, että muutos parempaan on mahdollista. Paras keino sitoutumisen luomiselle on se, että johto seisoo päätöksen takana ja sekä rahalliset että ajalliset resurssit ovat turvallisuuden kehittämisen puolella. Tämän jälkeen itse uudistusten läpivienti on paljon helpompaa, kun ihmiset ovat hyvin motivoituneita asioiden uudistamiseen.

Liikkumisen tapaturmien ja työmatkatapaturmien ehkäisemisen kannalta organisaation kannattaisi ensinnäkin kiinnittää huomiota siihen, että työtilat sairaalaan sisällä ovat asianmukaiset ja tavaraa kuten johtoja ei ole missään osastoilla lattioilla. Tarvittaessa varastojen määrää tulee lisätä. Portaat ja pyörätuolirampit tulee suunnitella siten, että niillä liikkuminen on helppoa. Porrasaskelman tulee olla riittävän leveä, että jalka osuu siihen katsomatta rappusiin. Nykyisellään haastattelutilan rappukäytävä ei täyttänyt näitä kriteereitä. Samoin kaiteeseen ja sen korkeuteen tulee kiinnittää huomiota varsinkin ottaen huomioon sairaalan huonokuntoisten potilaiden erityistarpeet.

Ergonomian suhteen on lisäksi kiinnitettävä erilaista huomiota pääosin istumatyötä tekevien asiantuntijoiden ja työpäivän pääosin seisten viettävien sairaanhoitajien kohdalla. Istumatyön suhteen tarvitaan kaikkiin paikkoihin ergonomiset työpisteet: nyt ergonomiia parantavia lisäratkaisuja kuten satulatuoleja saa fysioterapeutilta, jos työnteko sitä vaatii. Mikäli ergonomiaan panostettaisiin ennaltaehkäisevästi, vältettäisiin monta turhaa sairauslomaa: mikäli apua haetaan vasta, kun selkä alkaa vaivata, voi olla jo liian myöhäistä. Pääosin seisomatyötä tekevien henkilöiden tulisi kiinnittää huomiota riittävien istumataukojen saamiseen ja siihen, että rauhalliset kahvi- ja ruokatauot toteutuvat kiireisinäkin päivinä. Jos kiireen aiheuttamia ongelmia esiintyy toistuvasti, ainoa ratkaisu on palkata lisätyövoimaa. Hoitajien työhön kuuluu tavallisesti fyysisiä tehtäviä kuten potilaiden nostoja. Lähi- ja sairaanhoitajille tulisikin tarjota koulutus, jossa oikeaoppisesti läpikäytäisiin, millä tavalla nostot tulisi suorittaa, jotta ne mahdollisimman vähän kuormittaisivat kehon liikuntaelimestöä. Nyt ongelma oli se, että osa erityisesti vanhemmista sairaanhoitajista ei ollut saanut riittävää ergonomiakoulutusta osana opintojaan. Lisäksi opinnoissa annetut vinkit ovat saattaneet jo unohtua. Sairaalalla on omaa osaamista tämänkaltaisen koulutuksen järjestämiseen, joten ulkopuolista asiantuntija-apua ei välttämättä tarvita.

Työmatkatapaturmien ehkäisemiseksi tulisi kulkureitit sairaalaan ja siitä pois tehdä selvemmiksi. Rakennustyömaa on muuttanut kulkukäytäviä ja monimutkaistuttanut liikennettä. Koska sairaala-alueella on nyt enemmän ihmisiä kuin aikaisemmin, parempiin kulkureitteihin tulisi kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota. Huonokuntoiset potilaat ja lapset lisäävät myös paineita työmaaliikenteen reittien miettimiseksi. Paras ratkaisu olisi eristää potilasliikenne ja työmaaliikenne täysin toisistaan, jotta vahingoilta vältyttäisiin. Jos tämä ei ole mahdollista, tulisi asvalttiin tehdä selvemmät suojatie- ja ajourat. Kun mietitään työmaaliikennettä kokonaisuutena, voisi organisaatio taistella liikennetapaturmia vastaan suosimalla julkista liikennettä sekä panostamalla tiedotukseen. Tiedotuksessa voi lähestyä aihetta esimerkiksi siten, että väsyneenä ei lähdetä ratin taakse, jolloin pitkien työvuorojen jälkeen työntekijät eivät tarpeettomasti vaaranna itseään ja muita liikenteessä. Liikenteen parissa myös havainnollistukset jarrutusmatkan kasvusta nopeuden noustessa voivat olla havainnollisia.

Väkivaltatilanteiden suhteen tarvitaan aktiivisia toimenpiteitä sekä koulutuksen että tilaratkaisujen osalta. Nykyisellään psykiatrisen osaston työntekijät ovat koulutettuja väkivaltatilanteisiin ja niiden ehkäisyyn sekä osaavat toimia tilanteissa, joissa potilas karkaa heidän päällensä. Sama koulutus tulisi ulottaa koko sairaalan alueelle, koska arvaamattomia potilaita ja heidän omaisiaan voi saapua joka osastolle. Väkivaltatilanteiden korkean frekvenssin takia niihin tulee puuttua nykyistä tehokkaammin: vaikka potilaat olisivat syyntakeettomia, tulee hoitohenkilökunnalla olla mahdollisuus työskennellä turvallisessa työympäristössä. Tämä ei poista väkivaltatilanteiden vaarallisuutta.

Koulutusta turvallisiin työtapoihin voi saada esimerkiksi vartioijilta ja poliisilta. Myös yksityiset turvallisuusyritykset voivat tarjota konsultointia. Potilaiden arvaamattomuutta ja väkivaltaisuutta ei todennäköisesti saada täysin ehkäistyä koulutuksen keinoin: tällöin tulee tilaratkaisujen vuoro. Mikäli vaaratilanteet ovat sellaisia, joissa potilas tarvitsee hoitoa lähietäisyydeltä, tulee hoitotilanteessa olla aina paikalla vähintään kaksi henkilöä, jotta vaaratilanne saadaan tarvittaessa estettyä ennen eskaloitumista. Väkivaltaisesti käyttäytyviä potilaita tulisi lisäksi käsitellä yksi kerrallaan helpomman hallittavuuden saavuttamiseksi: jotkut sairaalan vaaratilanteista ovat sellaisia, joissa useampi potilas on ryhtynyt samaan uhkaavaan toimintaan. Rakenteellisesti pitäisi luoda tiloja, joissa työntekijät mahdollisimman helposti näkevät kaikki potilaat. Alueilla joilla tapahtuu paljon väkivaltatapauksia, voidaan lisäksi hyödyntää turvakameroita. Kameroilla voidaan seurata potilaiden liikkeitä ja huolehtia siitä, että he eivät satuta itseään tai muita. Potilaiden pääsy heille kuulumattomiin paikkoihin voidaan estää lukituin ovin, joita ei ohjeellisesti saa avata kenellekään muulle. Lukko toimii näet vain siihen asti kuin ihmiset muistavat sulkea oven perässään. Mahdollisuuksien mukaan kellarikerroksesta tulisi luoda alue, jossa pelkästään työntekijät ja vartijat saavat liikkua. Tällöin hätätilanteessa

voidaan taata se, että siellä ei liiku asiankuulumattomia henkilöitä. Kaikki tavarat joilla potilaat voivat vahingoittaa itseään tai henkilöstöä, tulee suojata lukkojen taakse.

Ilmanlaadun kehittäminen on tärkeä osa työntekijöiden viihtyvyyden parantamista. Uusissa työtiloissa ilmanlaatu on haastateltujen mukaan erinomainen, vanhoissa rakennuksissa on sen sijaan ongelmia ilman riittävyuden ja koneellisen ilmanvaihdon tehottomuuden kanssa. Kaikille työntekijöille tulisi tarjota asianmukaiset työtilat ja tätä kohti sairaala etenee rakentamalla uusia toimitiloja. Ennen tätä, tulee johdon aktiivisesti tiedottaa, että ongelmat ilmanlaadun suhteen ovat tiedostetut ja niitä parhailaan ratkaistaan. Nyt osa haastatelluista henkilöistä uskoi, että sisäilmalle ei olla tekemässä mitään eikä organisaation johto välitä asiasta. Koska tiedonkulussa on ollut ongelmia, tähän tulee kiinnittää aktiivisesti huomiota.

Palautejärjestelmän luominen on yksi keino vastata tiedonkulun haasteisiin. Johdon on tärkeää saada tietoa siitä, miten työntekijät voivat ja mitä asioita pitäisi kehittää. Nykyisellään työntekijät ja turvallisuusasiantuntijat kokivat, että sairaala on kuin iso laiva, jota on vaikea saada kääntymään. Mikäli työntekijöiltä aktiivisesti kysyttäisiin palautetta ja seurattaisiin heidän työtyytyväisyyttään, voitaisiin tehdä päätelmiä siitä mihin suuntaan organisaatio on kehittymässä. Nykyisellään sairaalassa ei juurikaan toteutettu työturvallisuutta kohentavia hankkeita valtakunnallisia kampanjoita lukuun ottamatta, tosin ilmanlaadun suhteen tiedotusta olla parhailaan suunnittelemassa. Käytännössä työhyvinvointia ja sen kehittymistä voisi seurata ottamalla otoksen työntekijäpopulaatiosta ja seuraamalla ensinnäkin työntekijöiden pysyvyyttä ja koettua viihtymistä työtehtävissä.

Työilmapiirin parantamiseen tähtäävät toiminnot olisi tutkimuksen mukaan myös syytä nostaa keskiöön. Sairaalassa on paljon henkistä kuormitusta ja lähiesimiehen johtamisella nähdään olevan merkittävä vaikutus tämän kuormituksen ehkäisyssä ja vähentämisessä. Lähiesimiehen johtamistapoihin tulee kiinnittää huomiota ja hänelle tulee tarjota koulutusta ja tukea alaistensa kuormituksen vähentämiseksi. Tärkeä osa esimiehen motivoimisessa on se, että tiedostetaan, että psyykkisten riskien osuus on suurempi kuin dokumenttianalyysi antaa ymmärtää. Dokumenttianalyysissä korostuvat fyysiset uhat, mutta henkiset rasitustekijät ja paikoitellen puutteellinen henkilöstömäärä aiheuttavat kuormitusta usealle työntekijälle. Avoin keskustelukulttuuri ja ongelmien aktiivisempi vieminen eteenpäin auttavat ratkaisemaan ongelmia. Nyt esimerkiksi psykiatrisella alueella koettiin, että mahdollisesta jaksamattomuudesta ei ole riittävän helppo puhua. Esimies ei voi siis siirtää vastuuta jollekin muulle, vaan puuttua niihin asioihin joihin voi ja tarvittaessa vaatia lisäresursseja, mikäli työn asianmukainen hoitaminen niitä vaatii. Nyt haastatteluissa tuli ilmi, että kaikki työntekijät eivät aina ehdi pitää asianmukaisesti ruokataukoja ja muita lakisääteisiä taukoja, mikä itsessään viestii liiasta kiireestä työpaikalla ja mahdollisesta resurssivajeesta henkilöstössä.

Turvallisuus voitaisiin myös kytkeä kiinteämmäksi osaksi itse työtä. Nyt sitä tekevät erilliset asiantuntijat ja se kuuluu myös yhdeksi osaksi esimiestyötä. Kuitenkin jos turvallisuus olisi aidosti enemmän jokaisen työntekijän oma asia, voisi turvallisuustaso kohentua oman toiminnan kehittymisen kautta. Ensimmäinen askel voisi olla turvallisuusehdotuksista palkitseminen teollisuuden tapaan. Osa työntekijöistä tarvitsee myös perusteluja ja motivointia siihen, miksi juuri hänen tulee olla tietoinen turvallisuuteen liittyvistä asioista. Samoin LEAN-johtamisfilosofian oppeja voisi soveltaa sairaalamaailmaan ja poistaa prosessista vaaroja aiheuttavia tekijöitä. Työntekijöillä voisi olla nähtävillä turvallisuusaiheisia julisteita ja lyhyitä turvallisuuskortteja, joista työntekijä voi nopeasti tarkastaa, miten tiettyssä tilanteessa parhaassa tapauksessa tulisi toimia.

5.5 Mitä tutkimuksessa jäi huomioimatta ja mihin kannattaisi keskittyä seuraavaksi?

Tämä diplomityö keskittyi voimakkaasti yhteen sairaalaan ja siten erikoissairaanhoidon näkemykseen siitä, millaisia vaaroja ja haittatekijöitä työhön liittyy. Tämä asettaa rajoituksia siitä, miten saatuja tuloksia voidaan yleistää ja mitä asioita tulisi ottaa huomioon tulevissa tutkimuksissa. Ensinnäkin, koska tutkimus keskittyi vain yhteen sairaalaan ei voida esimerkiksi tehdä selkeitä päätelmiä, miten kulkuyhteydet ja sairaala-alueen liikkuminen on hoidettu toisissa sairaaloissa. Sen sijaan on oletettavaa, että useimmat sairaalat kamppailevat monen samankaltaisen vaara- ja haittatekijän kanssa. Väkivaltaiset potilaat ja liikkumistapaturmat ovat tietokantojen analyysin mukaan sosiaali- ja terveysalalla niin yleisiä, että todennäköisesti mikään työpaikka ei ole niistä täysin vapaa. Tulevien tutkimusten myötä keskeiseksi nousee. Mikäli halutaan parantaa ymmärrystä siitä, kuinka samanlaisia uhat ovat eri puolilla Suomea, voisi toteuttaa vertailevan tutkimuksen esimerkiksi kaikkien suurten sairaaloiden kesken.

Mikäli tämänkaltainen tutkimus osoittaisi yhtenevyyttä vaara- ja haittatekijöissä, voisi suurimpia riskejä vastaan käynnistää tiedotus ja ratkaisukampanjan. Pyörää ei tarvitse aina keksiä uudestaan, mikäli jokin sairaaloista keksii hyvin toimintatavan, voisi toimintamallin kopioida myös sairaalasta toiseen. Tutkijan vastuulle jäisi huolehtia uuden tiedon tuottamisesta ja sen tarjoamisesta sairaaloille. Käyttöönotto ja siihen liittyvät vastuut jäisivät tietysti sairaaloille itselleen.

Mikäli resursseja ja aikaa on saatavissa enemmän voisi haastattelussa olla läpileikkaavammin sairaaloiden kaikki ammattiryhmät. Erityisesti henkilöt, jotka eivät ole suoraan potilaskontaktissa kuten laitoshuoltajat ja vartijat, voisivat antaa näkemyksensä siitä, millainen sairaala on työympäristönä. Voisi myös tehdä vertailututkimuksia siitä, miten sairaalan suuruus ja potilasmäärä vaikuttavat sairaalan koettuun riskitasoon ja onko suurempi yksikkö turvallisempi työskennellä. Tällöin olisi hyvä eriyttää henkilöstö- ja potilasturvallisuus toisistaan.

Tässä tutkimuksessa ei oltu mukana riskienarviointiprosessissa, vaan hyödynnettiin valmiita aineistoja. Tutkimuksen näkökulmasta voisi olla kiinnostavaa osallistua sivustaseuraajana tällaiseen prosessiin ja arvioida, miten suurta vaihtelua riskienarvioinnissa on kohteiden välillä. Itse tämän diplomityön dokumentoidut riskianalyysit olivat kattavia, joten niiden määrän kasvattamisella ei itsessään todennäköisesti saavuteta erilaisia tuloksia, ellei niitä sitten oteta kaikkista sairaalan osista, jolloin spesifit tiettyihin paikkoihin kohdistuvat riskit tulevat paremmin esille. Esimerkiksi yksi usein esille noussut osasto oli päivystys. Päivystykseen tulee sekavassa mielentilassa olevia ja väkivaltaisia potilaita ja nimenomaa tämä osasto on kriittinen työturvallisuuden kannalta. Siellä olevat väkivaltaiset potilaat voivat vaarantaa paitsi itsensä ja työntekijät, mutta mahdollisesti myös toiset potilaat. Esimerkiksi vartijoiden kokemuksia olisi hyvä kuulla tällaiselta osastolta, sillä päivystyksessä aggressiiviset tilanteet ovat turvallisuusasiantuntijoiden mukaan yleisiä.

Tutkimuksessa huomioitiin kaikki keskeiset vaara- ja häirtatekijälajit, joita saattaisi sairaalassa kuvitella. Ehkä vähimmälle huomioille jäivät säteilyyn liittyvät riskitekijät, jotka toki hyvin hoidetussa sairaalassa ovat pieniä. Silti olisi hyvä tietää lisää säteilylaitteiden parissa työskentelevien lääkärin ja hoitajien näkemyksistä. Samoin saatuja tuloksia ei liikaa saisi yleistää perusterveydenhoitoon. Vaara- ja häirtatekijöitä olisi hyvä tunnistaa aivan perusterveydenhuollosta alkaen ja arvioida niiden keskeisiä eroja erikoissairaanhoidon vaara- ja häirtatekijöihin verrattuna.

6. JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tarkastellussa sairaalassa on parannettavaa sekä psykososiaalisten että fyysisten riskien huomioimisen kohdalla. Nykytilanne ei kuitenkaan ole huono: turvallisuuden eteen on tehty toimenpiteitä ja organisaatiossa on työturvallisuudesta kiinnostuneita ja siihen sitoutuneita henkilöitä. Väkivaltatilanteiden yleisyys ja työmatkatapaturmien määrä haastavat ennakoivan turvallisuuskulttuurin eteenpäin viemiseen. Vaara- ja häirtatekijöiden tulevaisuuden haasteena nähdään se, millaiset resurssit kestäväälle ja jatkuvalla turvallisuustyölle annetaan, jos kehitystä yritetään viedä eteenpäin pelkkien turvallisuuskampanjoiden avulla.

Diplomityössä saatiin tuloksena, että suurimmat vaarat ovat työhön liittyvä liikkuminen, työmatkat sekä työperäinen väkivalta. Tuloksissa ei ollut suuria eroja tarkasteltiin asiaa sitten haastateltujen työntekijöiden, Tapaturmavakuutuskeskuksen tilastojen tai tehtyjen riskienarvointien perusteella. Tapaturmavakuutuskeskuksen tilastojen eroja selittää se, että siihen kuuluu mukaan myös perusterveydenhuolto, jossa on erikoissairaanhoidon enemmän vuodehoitoa vaativia tuki- ja liikuntaelimestä kuormittavia potilaita.

Keskeinen havainto on, että psykososiaaliset riskit eivät tule tuloksissa esille niin suurina kuin työturvallisuusasiantuntijoiden mukaan pitäisi. Psykososiaalisten riskien pientä painoarvoa dokumenteissa selittää se, että nämä riskit ovat vaikeampia ratkaista ja usein liittyvät työoloihin ja siihen, miten osastoa johdetaan. Riskienarvioinnissa mukana olleiden esimiehien voi olla vaikea lähestyä tämänkaltaisia riskejä verrattuna työn suorittamiseen liittyviin fyysisiin tekijöihin, joihin voi saada apua muualta sairaalasta.

Ilmanlaatu oli paljon puhuttu aihe haastatteluissa, vaikka sairaalassa ei suoranaisesti homeitiöitä ollutkaan. Ongelmat liittyivät lähinnä huonoon tiedotukseen ja koneellisen ilmanvaihdon riittämättömyyteen. Työturvallisuuden suhteen työntekijät suhtautuivat vaihtelevasti: osa näki työturvallisuuden aktiivisen kehittämisen osaksi omaa toimenkuvansa ja osa oli vähemmän kiinnostunut näistä tekijöistä. Ennakoivan työturvallisuuskulttuurin vahvistamisen tärkeyttä ei voi liikaa korostaa.

Tulosten jatkohyödynnettävyyden näkökulmasta on tärkeää tietää, että psykososiaaliset riskit eivät välttämättä tule riskienarvioinneissa esille siinä laajuudessa kuin niiden pitäisi. Sen sijaan fyysiset riskit voivat korostua tarpeettoman paljon. Työntekijöiden haastatteluissa tulivat esille tiedonkulun ongelmat. Onkin tärkeää kysyä samaa asiaa eri asiantuntijaryhmiltä, jotta saadaan realistinen käsitys siitä, millaisia ongelmia organisaatiossa todella esiintyy.

Jatkossa on syytä toteuttaa vertailevia tutkimuksia, joissa tarkastellaan sairaaloiden vaara- ja häirtatekijöitä ja tärkeimpiä riskejä toisiinsa verrattuna. Tärkeää on hahmottaa,

korostuvatko erilaiset riskit riippuen sairaalasta ja voisivatko organisaatiot oppia toistensa hyvistä toimintatavoista.

Tulevaisuudessa on syytä myös selvittää laajemmin se, millaisia erilaisia vaara- ja haittatekijöitä on perusterveydenhoidon työntekijöillä. Samoin psyykkisten riskien toteamiseksi ja niiden ratkaisemiseksi on kehitettävä uudenlaisia työkaluja ja mittareita.

LÄHTEET

Andersen, Lars; Clausen, Thomas; Persson, Roger; Holtermann Andreas. 2013. Perceived physical exertion during healthcare work and risk of chronic pain in different body regions: prospective cohort study. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. Vol. 86(6), 681–687

Andersen, Lars; Clausen, Thomas; Persson, Roger; Holtermann Andreas. 2012. Dose-response relation between perceived physical exertion during healthcare work and risk of long-term sickness absence. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*. Vol. 38 (6)

Bond, Stephanie; Tuckey, Michelle; Dollard, Maureen. 2010. Psychosocial Safety Climate, Workplace Bullying, and Symptoms of Posttraumatic Stress. *Organization Development Journal* Vol 28(1), 37–56

Criss, Pam. 2010. Effects of Client Violence on Social Work Students: A National Study. *Journal of Social Work Education*. Vol. 46(3), 371–390

Eileen, Thomas; Magilvy, Joan. 2011. Qualitative Rigor or Research Validity in Qualitative Research. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. Vol. 16(2), 151-155

Eklöf, Mats; Törner, Marianne; Pousette, Anders. 2014. Organizational and social-psychological conditions in healthcare and their importance for patient and staff safety. A critical incident study among doctors and nurses. *Safety Science* Vol. 70(1), 211–221

Elinkeinoelämän keskusliitto. 2013. Naiset ja miehet työelämässä. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: https://ek.fi/wp-content/uploads/naisetmiehet_maaliskuu2013.pdf](https://ek.fi/wp-content/uploads/naisetmiehet_maaliskuu2013.pdf). (Luettu 04.12.2017)

Elovainio, Marko; Sinervo, Timo. 1997. Psychosocial stressors at work, psychological stress and musculoskeletal symptoms in the care for the elderly. *Work & Stress* Vol. 11(4), 351–361

Elovainio, Marko; Sinervo, Tomi. 1994. (Sitaatti) Vanhainkotien kehittämisen seurantatutkimus. Tutkimusraportti No. 44, Stakes, Helsinki

Eriksen, W; Bruusgaard, D; Knardahl, S. 2004. Work factors as predictors of intense or disabling low back pain; a prospective study of nurses' aides. *Occupational and Environmental Medicine* Vol. 61, 398–404

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2018. Työturvallisuutta ja terveyttä koskeva puitedirektiivi. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: https://www.osha.europa.eu](https://www.osha.europa.eu)

<https://osha.europa.eu/fi/legislation/directives/the-osh-framework-directive/the-osh-framework-directive-introduction>. (Luettu 10.01.2018)

Flin, Rhona. 2007. Measuring safety culture in healthcare: A case for accurate diagnosis. *Safety Science* Vol. 45(6), 653–667

Douglas, Mary. 2013. *Risk and Blame*. Taylor and Francis. 336 sivua

Gomes, Sandra; Santos, Margarida; Carolino Elisabete. 2013. Psycho-social risks at work: stress and coping strategies in oncology nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Vol. 21(6)

Green, David. 2007. Risk and Social Work Practice. *Australian Social Work* Vol. 60(4), 395–409

Grote, Gudela. 2015. Promoting safety by increasing uncertainty – Implications for risk management. *Safety Science* Vol. 71(B), 71–79

Hignett, Sue; Albolino, Sara; Catchpole, Ken. 2018. Health and social care ergonomics: patient safety in practice. *Ergonomics* Vol. 61(1), 1–4

Hintikka, Noora; Saarela Kaija Leena. 2010. Accidents at work related to violence – Analysis of Finnish national accident statistics database. *Safety Science* 48 517–525

Husman, Tuula; Roto, Pekka; Seuri, Markku. 2002. Sisäilma ja terveys – tietoa rakentajille. Kansanterveyslaitos KTL. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78741/2002b14.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78741/2002b14.pdf?sequence=1). (Luettu 12.01.2018)

Isohanni, Matti; Nieminen, Pentti; Tervo, Arja; Tynjälä, Ritva. 1990. Itsemurhapotilaita hoitavien psyykinen kuormitus. *Duodecim* Vol. 106, 878–885

Janas, Antti; Kallioluoma, Jouni; Ullakonoja, Vesa. 2014. *Työturvallisuuslaki – Soveltamisopas*. Työterveyslaitos. 160 sivua.

Jayarathne, Srinika; Croxton, Tom; Mattison, Debra. 2004. A National Survey of Violence in the Practice of Social Work. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*. Vol. 85(4), 445–453

Jensen, Jette et al. 2012. The greatest risk for low back pain among newly educated female health care workers; body weight or physical work load? *BMC Musculoskeletal Disord* Vol. 13(87), 1–6

Johnson, Burke; Onwuegbuzie, Anthony; Turner, Lisa. 2007. Toward a Definition of Mixed Methods Research. *Journal of Mixed Methods Research*. Vol. 1(2), 112–133

- Juhila, Kirsi. 2006. Sosiaalityöntekijöinä ja asiakkaina – Sosiaalityön yhteiskunnalliset tehtävät ja paikat. Tampere, Vastapaino. 306 sivua.
- Julkunen, Raija. 2001. (Sitaatti) Suunnanmuutos. 1990-luvun poliittinen reformi Suomessa. Vastapaino, Tampere.
- Karhula, Kati. 2015. Association of job strain with sleep and psychophysiological recovery in shift working health care professionals. Finnish Institute of Occupational Health. Research Reports 108.
- Karjalainen, Jouko; Saranpää, Usko. 2001. (Sitaatti) Havainnot huono-osaisuudesta. Stakesin ja SPR:n elämäntavan ja sosiaalipolitiikan muutos Suomessa. WSOY, Helsinki.
- Kurtzman, Ellen et al. 2011. Performance-Based Payment Incentives Increase Burden and Blame For Hospital Nurses. Vol. 30(2)
- Kuusela, Hannu; Ollikainen, Reijo (Toimittanut). 2005. Riskit ja riskienhallinta. Tampere University Press. 292 sivua
- Laine, M et al. 2006. (Sitaatti) Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveysalalla 2005. Työterveyslaitos, Tampere
- Laitinen, Heikki; Vuorinen, Marko; Simola, Antti. 2009. Työturvallisuuden ja -terveyden johtaminen. Tallinna Raamatutrükikoda. 500 sivua
- Laki työsuojelun valvonnasta ja työpaikan työsuojeluyhteistoiminnasta 44/2006.
- Leva, M; Balfe, N; McAleer, B; Rocke, M. 2017. Risk registers: Structuring data collection to develop risk intelligence. Safety Science Vol. 100(B), 143–156
- Liikenneturva. 2017. Liikenneturvallisuus parani vuonna 2016. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: <https://www.liikenneturva.fi/fi/tagit/nollavisio>. (Luettu 06.12.2017)
- Link, Bruce; Phelan, Jo. 1995. Social conditions as fundamental causes of disease. Journal of Health and Social Behaviour (Extra issue), 80–94
- Mayhew, Claire et al. 2004. Measuring the Extent of Impact From Occupational Violence and Bullying on Traumatized Workers. Employee Responsibilities and Rights Journal. Vol. 16(3), 117–134
- Merryweather, Andrew et al. 2017. Occupational factors related to slips, trips and falls among home healthcare workers. Safety Science, accepted in press.
- Morse, Janice. 2015. Critical analysis of Strategies for Determining Rigor in Qualitative Inquiry. Qualitative Health Research. Vol. 25(9), 1212-1222

Moylan, Carrie; Wood, Leila. 2016. Sexual Harassment in Social Work Field Placements: Prevalance and Characteristics. *Journal of Women and Social Work* Vol. 31(4), 405–417

Myers, Douglas et al. 2007. The social distribution of risk at work: Acute injuries and physical assaults among healthcare workers working in a long-term care facility. *Social Science & Medicine* Vol. 64(4), 794–806

Nieva, Veronica; Sorra J. 2003. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*. Vol. 12(2), 17–23

Nollis. 2017. Avoin verkosto meille kaikille! Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: https://www.nollis.fi/](http://www.nollis.fi/). (Luettu 06.12.2017)

Pekkarinen, Laura. 2008. The Relationships Between Work Stressors and Organizational Performance in Long-Term Care for Elderly Residents. Academic Dissertation. Stakes Research Report 171

Riskikompassi. 2017. Riskien luokittelu. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: https://riskikompassi.fi/riskien-luokittelu/vahinkoriskit](http://riskikompassi.fi/riskien-luokittelu/vahinkoriskit). (Luettu 05.12.2017)

Roelen, Corné et al. 2013. Physical and Mental fatigue as predictors of sickness absense among Norwegian nurses. *Research in Nursing and Health* Vol. 36(5), 453–465

Ruusuvuori, Johanna; Tiittula, Liisa. 2005. Haastattelu: tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Vastapaino, Tampere. 310 sivua

Saarsalmi, Olli; Koivula, Riitta (Toimittaneet). 2017. Näkökulmia sosiaalihuollon palveluiden turvallisuuteen. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. 129 sivua

Seitovirta, Jaana; Partanen, Pirjo; Kvist, Tarja. 2013. Sairaanhoidajien palkitseminen – haastattelututkimus. *Hoitotiede* Vol. 25(4), 279–290

Sinervo, Timo et al. 2010. Yksityinen vai kunnallinen palveluasuminen? Kustannukset, asiakasrakenne, hoidon laatu ja henkilöstön hyvinvointi. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80429/3b5d56f5-e461-414e-bc4d-f70be2952269.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80429/3b5d56f5-e461-414e-bc4d-f70be2952269.pdf?sequence=1). (Luettu 10.01.2018)

Sormunen, Marjorita; Saaranen, Terhi; Tossavainen, Kerttu; Turunen, Hannele. 2013. Monimenetelmätutkimus terveystieteissä *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* Vol. 50(4), 313–321

Sosiaali- ja terveystieteiden tilastollinen vuosikirja. 2016. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. Saatavilla [www-muodossa osoitteessa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131969/URN_ISBN_978-952-302-784-8.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131969/URN_ISBN_978-952-302-784-8.pdf?sequence=1). (Luettu 11.01.2018)

Sosiaali- ja terveysministeriö, Työsuojeluosasto Työturvallisuuskeskus. 2015. Riskien arviointi – työkirja. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: https://ttk.fi/files/2941/Riskien_arviointi_tyopaikalla_tyokirja_22052015_kerttuli.pdf. (Luettu 04.12.2017)

SOSTE. 2016. Lähes tuhat järjestöä tuottaa sosiaali- ja terveystalvveluja. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: <https://www.soste.fi/ajankohtaista/lahes-tuhat-jarjestoa-tuottaa-sosiaali-ja-terveyspalveluja.html>. (Luettu 21.11.2017)

Stenman, Päivi; Vähäkangas, Pia; Salo, Paula; Kivimäki, Mika; Paasivaara, Leena. 2015 Henkilöstön työtyytyväisyys vanhustenhuollossa – kohti kuntoutumista edistävän hoitotyön mallin käyttöönnottoa. Hoitotiede Vol. 27(1), 31–42

STUK. 2014. STUK tehostaa sisäilman radonin valvontaa työpaikoilla. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: <http://www.stuk.fi/ajankohtaista/uutiskirjeet/sateilyuutiset-uutiskirjeet/sateilyuutiset-5-2014/stuk-tehostaa-sisailman-radonin-valvontaa-tyopaikoilla>. (Luettu 12.01.2018)

Tampereen kaupunki. 2017. Tule Tampereen tekijäksi! Saatavilla www-muodossa osoitteessa: <https://www.tampere.fi/tyo/index.html>. (Luettu 13.12.2017)

Tapaturmavakuutuskeskus. TVK. 2017a. Työtaturmat. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: <http://www.tvk.fi/tietopalvelu-ja-julkaisut/tilastot/tyotaturmatilastot/>. (Luettu 08.01.2018)

Tapaturmavakuutuskeskus. TVK. 2017b. Työtaturmat – Tilastovuodet 2005–2015.

Tapaturmavakuutuskeskus. TVK. 2017c. Pikapakki – Tilastosovellus. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: <http://www.tvk.fi/tietopalvelu-ja-julkaisut/tilastot/pakkipikapakki/>. (Luettu 15.01.2018)

Tays. 2017. Tays keskussairaala. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala. (Luettu 13.12.2017)

Tays. 2013. Sisäinen valvonta ja hyvä johtamis- ja hallintotapa Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kuntayhtymä, 1–29.

Tilastokeskus 2017a. Liitetaulukko 1: Palkansaajien kuolemaan johtaneet työpaikkataturmat 1975–2004. Saatavilla www-muodossa osoitteessa: https://www.stat.fi/til/ttap/2015/ttap_2015_2017-11-30_tau_001_fi.html. (Luettu 11.12.2017)

Tilastokeskus 2017b. Liitetaulukko 2: Palkansaajien kuolemaan johtaneet työpaikkataturmat toimialoittain 2015. Saatavilla www-muodossa osoitteessa:

https://www.stat.fi/til/ttap/2015/ttap_2015_2017-11-30_tau_002_fi.html. (Luettu 11.12.2017)

Tilastokeskus. 2016. Vuonna 2014 eniten työpaikkoja terveys- ja sosiaalipalveluiden toimialalla. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa) osoitteessa: http://www.tilastokeskus.fi/til/tyokay/2014/03/tyokay_2014_03_2016-09-28_tie_001_fi.html. (Luettu 21.11.2017)

Trépanier; Sarah-Geneviève, Fernet, Claude; Stéphanie, Austin; Boudrias Valérie. 2016. Work Environment antecedents of bullying: A review and integrative model applied to registered nurses. *International Journal of Nursing Studies* 55(1), 85–97

Työ ja Terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja hyvinvoinnista. Työturvallisuuslaitos. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa) osoitteessa: <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf>. (Luettu 05.12.2017)

Työterveyshuoltolaki 1383/2001.

Työturvallisuuskeskus. TTK. 2017. Työturvallisuus- ja työterveysriskien tunnistaminen ja arviointi. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa) osoitteessa: https://ttk.fi/tyohyvinvointi_ja_tyosuojelu/toiminta_tyopaikalla/vastuut_ja_velvoitteet/tyon_vaarojen_selvittaminen_ja_arviointi. (Luettu 04.12.2017)

Työturvallisuuskeskus. TTK. 2012. Kunnat turvallisiksi – Työturvallisuus kannattaa. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa) osoitteessa: https://ttk.fi/files/2907/Kunnat_turvallisiksi_1_valmis_pdf.pdf. (Luettu 06.12.2017)

Työturvallisuuslaki 738/2002.

Työsuojelu. 2017. SOTE-toimialat. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa) osoitteessa: <http://www.tyosuojelu.fi/tietoa-meista/toiminta/valvontahankkeet/sote-toimialat>. (Luettu 21.11.2017)

Työsuojelu. 2016. Sosiaali- ja terveysalan yksityisissä työpaikoissa jää moni työn vaara tunnistamatta. Saatavilla [www-muodossa](http://www.muodossa) osoitteessa: <http://www.tyosuojelu.fi/-/sosiaali-ja-terveysalan-yksityisissa-tyopaikoissa-jaa-moni-tyon-vaara-tunnistamatta>. (Luettu 04.12.2017)

Valtioneuvoston asetus työpaikkojen turvallisuus- ja terveysvaatimuksista 577/2003.

Walters, David. 2011. Worker representation and psycho-social risks: A problematic relationship? *Safety Science* Vol. 49(4), 599-606

Weyers, Simone; Peter, Richard; Boggild, Henrik; Jeppesen, Hans; Siegrist, Johannes. 2006. Psychosocial work stress is associated with poor self-rated health in Danish nurses:

a test of the effort-reward imbalance model. *Scandinavian Journal of caring sciences* Vol. 20(1), 26–34

Winstanley, Sue; Whittington, Richard. 2004. Aggression towards health care staff in a UK general hospital: variation among professions and departments. *Journal of Clinical Nursing* Vol. 13(1), 3–10

LIITE A: HAASTATTELUN JOHDANTOPUHE JA KYSYMYSRUNGON RAKENTUMINEN

Johdantopuhe haastattelulle: ”Hei, ja kiitokset vielä haastattehuun osallistumisesta. Olen Tatu Ujula, tekniikan kandidaatti ja haluaisin kysyä teiltä työturvallisuuslakiin ja sen soveltamiseen liittyen muutamia kysymyksiä. Työturvallisuuslain tarkoituksena on lain ensimmäisen pykälän määrittelyn mukaan parantaa työntekijöiden työoloja, työympäristöä ja ennalta ehkäistä sekä torjua työstä koituvia haittoja ja ammattitauteja. Tämän haastattelun kannalta lain sisällön tunteminen ei ole keskeistä, vaan voitte aivan loistavasti vastata oman kokemuksenne ja näkemyksenne perusteella. Oikeastaan lain sisällön tuntemus ei vaikuta näihin kysymyksiin vastaamisessa, sillä pääpaino on kokemuksissa ja niissä tiedoissa, mitä juuri teillä on organisaatiostanne. En edusta mitään yritystä tai järjestöä, vaan teen työn riippumattomasti Tampereen teknilliselle yliopistolle. Tämä haastattelu nauhoitetaan ja käsitellään anonyymisti sekä luottamuksellisesti osana diplomityöni aineistoa. Käsitelen tutkimusaineistoani yksin, teen myös diplomityön muut osat ilman ulkopuolisia opiskelijoita. Diplomityön valmistumisen jälkeen käytetty aineisto hävitetään kuuden kuukauden kuluessa. Myös haastatteluista tehdyt muistiinpanot tuhotaan. Haastattelu kestää korkeintaan 60 minuuttia, mutta lopetamme toki aikaisemminkin, jos asiat tulevat sitä ennen käsitellyiksi. Oletteko valmis aloittamaan?”

Kysymyspatteristo:

Työhistoriaan liittyvät vaara- ja haittatekijähuomiot

Kuinka kauan olette toimineet nykyisessä työtehtävässänne?

Kuinka monta vuotta työkokemusta yhteensä teille on kertynyt tällä sektorilla?

Muistatteko, miten perehdytysvaiheessa esimiehesi tai muu henkilö, käsitteli työhön kuuluvia riskejä, vaaratekijöitä tai haittoja? Mainittiinko niistä ollenkaan?

Oletteko kohdannut vaaratilanteita tai onko teitä työtä tehdessänne koskaan sattunut tapaturmaa?

Onko työkavereillenne sattunut vakavia työtapaturmia? Minkälaisia?

Vaara- ja haittatekijöiden huomioon ottaminen työpaikalla

Ajatteletteko koskaan työtä tehdessänne siihen liittyviä vaaroja? Miten arvioisitte itse asteikolla 0-10, kuinka vaarallista työnne on? 10 todella vaarallista – 0 täysin turvallista

Työturvallisuuslain kymmenenennen pykälän mukaan työnantajan on suoritettava työn vaarojen selvitys ja arviointi työpaikalla. Oletteko osallistunut tällaiseen prosessiin tai onko mahdollisesti työstänne suoritettu tällainen vaaranarviointi?

Miten hyvin vaarojen ja haittatekijöiden arviointi vastasi työssänne itse huomaamiin vaara- ja haittatekijöihin?

Tulisiko teidän mielestänne työturvallisuuslain mukaiset vaara- ja haittatekijät arvioida paremmin työpaikalla vai ovatko ne jo riittäväällä tavalla tiedostettu?

Mitä parantaisitte tai mitä käytäntöjä muuttaisitte työpaikallanne, jotta vaara- ja haittatekijät olisi helpompi huomioida?

*Miten esimiehenne on huomioinut työhön liittyvät vaarat? **TAI** Miten huomioitte alaisten työhön liittyvät vaarat?*

Kenellä organisaatiossanne on ylipäättään vastuu työturvallisuudesta ja sen toteutumisesta?

Millaisia työturvallisuuteen ja työterveyteen liittyviä ohjelmia organisaatiossanne on toteutettu? Puhutaanko niistä avoimesti? Onko tällä hetkellä käynnissä aiheeseen liittyviä hankkeita?

Asiantuntijan omat huomiot ja kokemukset vaara- ja haittatekijöistä

Oletteko havainnut työyhteisössänne työpaikkakiusaamista? Millä keinoilla siihen reagoitiin vai reagoitiinko ollenkaan?

Miten psyykkiseen jaksamiseen liittyvät ongelmat tuodaan esille työyhteisössänne virallisissa yhteyksissä? Miten niihin suhtaudutaan?

Nousevatko psyykkisen jaksamisen ongelmat esiin esimerkiksi kahvipöydässä? Onko työpaikassanne havaittavissa työvoiman vaihtuvuutta näiden ongelmien takia?

Oletteko joutunut pitämään sairauslomaa fyysisen tai henkisen uupumuksen takia? Koetteko olevanne ylikuormittunut työstäsi?

Esiintyykö organisaatiossanne sisäilmaongelmia tai sisäilmaongelmista johtuvia poissaoloja?

Nostetaanko viikkopalavereissa tai esimerkiksi kehityskeskusteluissa turvallisuuteen liittyviä näkökulmia esille?

Onko organisaatiossanne käytössä varhaisen puuttumisen malli? Hyödynnetäänkö sitä?

Kuinka hyvin työn kuormitustekijät on mielestänne otettu huomioon työn suunnittelussa? Rasitutteko henkisesti ja/tai fyysisesti päivittäisessä työssäsi?

Koetteko jaksavanne nykyisissä työtehtävissänne myös tulevaisuudessa vai onko kuormitus liian suurta?

Tiedättekö, kenelle työyhteisössä ilmoittaa, jos havaitsette turvallisuuden kannalta vaarallisen tilanteen?

Miten ergonomisesti käyttämänne työvälineet on suunniteltu? Ovatko mahdolliset fyysiset nostot tai istumatyö huomioitu riittävällä tavalla?

Kuinka helposti työyhteisönne hankkii pyynnöstä työkykyä parantavia työvälineitä kuten esimerkiksi satulatuoleja?

Miten työnne tauotus on hoidettu? Ovatko tauot riittäviä ja annetut taukotilat asianmukaisia?

Millaista tutkimustietoa sosiaali- ja terveysalan vaaroista yliopistossa tulisi tehdä, josta työpaikallanne kaivattaisiin lisätietoa?

Asiantuntijalle esitetyt tapausesimerkkitalanteet

Tapausesimerkki 1: Palohälytín pärähtää yllättäen soimaan. Miten toimitte?

Tapausesimerkki 2: Viereisessä huoneessa istuvan kollegasi huoneesta kuuluu kovaäänistä keskustelua ja pelkäätte, että tilanne eskaloituu asiakkaan kanssa. Miten toimitte?

Tapausesimerkki 3: Työtovernn on väsynyt ja apaattisen oloinen. Epäilet hänen työkykyään. Miten menettelette?

Tapausesimerkki 4: Saatte idean, miten työtehtäviä voisi organisoida turvallisemmaksi. Tiedättekö kenen puoleen kääntyä? Onko organisaatiossanne tässä tilanteessa ongelmattomampaa olla hiljaa?