

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysalan koulutusohjelma

Kliininen asiantuntija

2014

Päivi Niemi

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN TYÖTURVALLISUUS – Toimintamalli esimiehille



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Päivi Niemi

HOITOTYÖNTEKIJÖIDEN TYÖTURVALLISUUS – Toimintamalli esimiehille

Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa hoitotyöntekijät altistuvat samaan aikaan monille erilaisille vaaroille, joten kyseessä on ala, jolla työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat ovat suuret. Lisäksi työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat painottuvat eri tavoilla erilaisissa toimintaympäristöissä. (Euroopan unionin komissio 2013, 108.)

HoiPro- hanke on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteinen Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti vuosille 2009–2015. Kehittämisprojekti sijoittui osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön osahankkeen alle. Painopisteenä oli johtamisen osaamisen kehittäminen työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen, ilmoittamisenmenettelyn ja niiden käsittelyn osalta.

Kehittämisprojektin tarkoituksena oli määritellä hoitotyöhön liittyvät työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat kirjallisuuteen perustuen. Kehittämisprojektin empiirisessä osassa tarkoituksena oli löytää jo olemassa olevia yhtenäisiä toimintatapoja ja hyviä käytänteitä hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamisenmenettelyyn ja niiden käsittelyyn lähiesimiestyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueelle.

Kehittämisprojektin tavoitteena oli laatia hoitotyön työturvallisuusluokitus ja toimintamalli hoitotyön työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoitusmenettelyyn sekä käsittelyyn esimiestasolle. Pitkän aikavälin tavoitteena oli parantaa hoitotyöntekijöiden työturvallisuutta ja sitä kautta vaikuttaa työssä koettavan hyvinvoinnin lisääntymiseen.

Empiirisen osan aineistonkeruumenetelmänä käytettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueen ylihoitajan ja osastonhoitajien nauhoitettua ja teemoitettua ryhmähaastattelua. (n=8). Aineisto analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Empiirisen osan tuloksien ja teorian pohjalta valmistui toimintamalli esimiehille hoitotyön työturvallisuusvaarojen tunnistamiseen, ilmoittamisenmenettelyyn ja käsittelemiseen. Toimintamalli on tarkistuslistamuotoinen ja se sisältää hoitotyön työturvallisuusluokituksen, hyviä käytäntöjä sekä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamisenmenettelyyn ja käsittelyyn liittyviä tekijöitä.

ASIASANAT: Hoitotyö, työturvallisuus, työturvallisuusvaarat, johtaminen, esimies

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Advanced Nursing Practice

Spring 2014 | 109 / 8

PhD Katja Heikkinen

Päivi Niemi

THE OCCUPATIONAL SAFETY OF CARE WORKERS:

A functional model for supervisors

Health care workers are exposed simultaneously to many different hazards, so this is an area in which occupational safety hazards and issues are common. In addition, occupational safety hazards and issues receive different emphasis in different environments (European Commission 2013, 108).

The HoiPro project is a joint care work development project, run from 2009 to 2015 by the Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences, on the future hospital. This development project was placed within a sub-project on skilled and healthy staff. The focus was on developing management skills, and identifying occupational safety hazards and issues, in terms of notification and processing procedures.

The objective of the development project was to identify nursing-related occupational safety hazards and issues on the basis of the literature. The purpose of the empirical part of the development project was to find existing uniform methods and good practices for the identification of occupational safety hazards and issues, as well as notification and processing procedures, in the work of immediate supervisors in the field of neurology in the Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland.

The development project aimed to create an occupational safety classification and functional model for the identification of occupational safety hazards and issues in nursing, as well as for reporting and processing these at supervisory level. The long-term goal was to improve the occupational safety of care workers and thereby to increase the feeling of wellbeing at work.

The data collection method for the empirical part of the study used recorded themed group interviews with the chief nursing officer and head nurses at the Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland (n = 8). The data was analysed using content analysis.

On the basis of theory and the results from the empirical study, a functional model for supervisors was produced with which to identify occupational hazards, together with notification and processing procedures. The functional model is a checklist that includes a safety classification for care work, good practices, and factors related to the identification of occupational safety hazards and issues, as well as related notification and processing procedures.

KEYWORDS: Nursing, occupational safety, occupational hazards, management, supervisor

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 KEHITTÄMISPROJEKTI	9
2.1 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite	9
2.2 Toimintaympäristön kuvaus	10
2.3 Kehittämiprojektin toteutus	11
2.4 Kehittämiprojektin organisaatio	12
3 TEOREETTISEN VIITEKEHYKSEN MUODOSTUMINEN	13
3.1 Työturvallisuus	14
3.1.1 Fyysiset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat	18
3.1.2 Ergonomiset työturvallisuusvaarat ja –poikkeamat	22
3.1.3 Biologiset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat	24
3.1.4 Kemialliset työturvallisuusvaarat ja –poikkeamat	26
3.1.5 Psykososiaaliset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat	31
3.2 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien yhteenveto	37
3.3 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen	40
3.4 Työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittaminen	44
3.5 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely	47
3.6 Yhteenveto työturvallisuusvaarojen ja –poikkeamien tunnistamisesta, ilmoitusmenettelystä ja käsittelystä	49
4 LÄHIJOHTAMINEN	50
4.1 Työturvallisuuden johtaminen	51
4.2 Osaamisen johtaminen	52
4.3 Lähijohtamiseen liittyvät hyvät käytännöt	57
4.4 Työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä yhteenveto	58
4.4.1 Varhainen puuttuminen	59
4.4.2 Perekäytös	60
4.4.3 Mentorointi	63
4.4.4 Tiedonkulku ja viestintä	64
4.4.5 Ryhmäkehityskeskustelu	65
4.4.6 Yksilökehityskeskustelu	66

5 EMPIIRISEN OSION KUVAUS	67
5.1 Empiirisen osion tarkoitus ja tavoite	67
5.2 Tutkimusmenetelmä	68
5.3 Tutkimusaineisto	69
5.4 Tutkimusaineiston analyysi	71
5.5 Tulokset	73
6 EMPIIRISEN OSION ARVIOINTI	76
6.1 Tulosten tarkastelu	76
6.1.1 Työturvallisuusvaarojen ja –poikkeamien tunnistaminen	76
6.1.2 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittaminen	77
6.1.3 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely	79
6.2 Yhteenveto haastattelun tuloksista	80
7 TOIMINTAMALLIN RAKENTUMINEN	81
7.1 Toimintamallin esittely	81
7.2 Toimintamallin konkreettinen toteuttaminen	83
7.3 Toimintamallin implementointi	84
8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	84
8.1 Tavoitteiden saavuttaminen	85
8.2 Kehittämiprojektin luotettavuuden tarkastelu	88
8.3 Kehittämiprojektin eettisyyden tarkastelu	90
9 POHDINTA	92
LÄHTEET	97

LIITTEET

- Liite 1 Haastatteluteemat
- Liite 2 Suostumus haastatteluun
- Liite 3 Esimerkki aineiston analyysistä
- Liite 4 Toimintamallin kuvat

KUVAT

Kuva 1. Kehittämiprojektin teoreettinen viitekehys	14
Kuva 2. Fyysisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaillen Parantainen & Laine 2010 19 – 20).	19
Kuva 3. Ergonomisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 34).	23
Kuva 4. Biologisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaillen Valtioneuvoston päätös 1155/1993; Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto 2003)	25
Kuva 5. Kemiallisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaillen Kauppila ym. 2010; Parantainen ym. 2010).	27
Kuva 6. Psykososiaalisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaillen Euroopan unionin komissio 2013, 173).	32
Kuva 7. Työturvallisuuden luokitus (mukaillen Euroopan unionin komissio 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011,34; Parantainen & Laine 2010; Kauppila ym., 2010; Valtioneuvoston päätös 1155/1993; Euroopan työterveys ja turvallisuusvirasto 2003).	39
Kuva 8. Työturvallisuuspoikkeamien vaikutukset (Mukaillen Nummelin 2008, 16; Kirsten 2010; Euroopan unionin komissio 2013, 108, 220; Taskinen ym. 2006, 37 – 39; Moreau ym. 2004, 507; Suutarinen & Vesterinen 2010, 110)	40
Kuva 9. Lähijohtajuuden hyvät käytännöt. (Mukaillen Valtionkonttori 2007; Rainio 2005, 5; Virtainlahti 2008, 119; Fredrickson & Losada 2005; Kaartinen 2011, 29, 37)	67
Kuva 10. Empiirisen osan prosessi	69
Kuva 11. Sisällön analyysi.	72
Kuva 12. Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen, ilmoitusmenettely ja käsittely (Mukaillen Työturvallisuuskeskus 2014b; Ervasti & Elo 2006, 85; Euroopan unionin komissio 2013, 36, 89; Andersson 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 11; Työturvallisuuslaki 2002/738; Fagerström & Leino 2014,3; Ruuhilehto ym. 2010)	80

TAULUKOT

Taulukko 1. Kehittämiprojektin eteneminen 2/2012 – 8/ 2013	12
--	----

Taulukko 2. Työturvallisuusvaarojen suuruuden ja seurausten arviointi arviointi (Työterveyslaitos. fi)	42
Taulukko 3. Työhyvinvointiin liittyvät tekijät (Mukaillen Suutarinen & Vesterinen 2010, 55; Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 30, 54–55; Haybatollahi 2009, 37; Hätönen 2011, 8; Bakker & Demerouti 2007; Kaartinen 2011, 29; Österberg 2009, 165 & Martimo ym. 2010, 146.)	59
Taulukko 4. Esimerkki sisällön analyysistä	73

1 JOHDANTO

Jo vuonna 1950 Kansainvälisen työjärjestön (ILO) ja Maailman terveysjärjestön (WHO) yhteinen työterveyskomitea totesi, että ”työterveystoimilla pitäisi pyrkiä edistämään ja ylläpitämään kaikkien työntekijöiden täydellistä fyysisistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia kaikissa ammateissa. Lisäksi työterveystoimilla tulisi pyrkiä ehkäisemään työntekijöiden keskuudessa työoloista johtuvia terveysvaivoja, suojelemaan työntekijöitä heidän työssään terveystahojen aiheuttamilta vaaroilta sekä sijoittamaan työntekijä työympäristöön, joka vastaa hänen fysiologisia ja psykologisia voimavarojaan, ja pitämään työympäristö tällaisena.” Eli kyse on työn mukauttamisesta tekijälleen sopivaksi ja tekijän sopeuttamisesta työhön.” (Stellman, ILO 1998.) Keskeisenä tekijänä hyvä ja terveellinen työympäristö tukee kestävästä kehitystä ja työntekijöiden työssä koettavaa hyvinvointia sekä parantaa organisaatioiden kilpailukykyä ja tuottavuutta (Lueck, Eberle & Bonitz 2008, 77 – 84; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011; Euroopan unionin komissio 2013, 12).

Euroopan unionin komission (2013, 12) näkemys paremmista, terveellisemmistä ja kilpailukykyisemmistä terveydenhuollon työpaikoista perustuu ajatukseen luoda organisaatioon sellainen työturvallisuuskulttuuri, jossa lähiesimiehet ja työntekijät keskustelevat yhdessä työprosesseista osana jatkuvaa työturvallisuuden kehittämisprosessia. Sen tulisi kattaa kaikki työturvallisuuteen liittyvät vaarat ja mahdolliset kehitystoimenpiteet. Halosen (2013, 130) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön työturvallisuutta tarkastellaan organisaatioissa ainoastaan osa-alueittain ja tarkastelusta puuttuu järjestelmällisyys. Tämän johdosta työturvallisuuden kokonaistilanteesta puuttuu kokonaisvaltainen näkemys

Terveydenhuollon turvallisuus muodostuu potilasturvallisuudesta, työturvallisuudesta sekä muista turvallisuuden lajeista kuten laitosten fyysisestä turvallisuudesta ja tietoturvallisuudesta. (Pietikäinen, Ruuhilehto, Heikkinen 2010. 8.) Euroopan unionin komission (2013, 8 - 12) mukaan Euroopan unionin jäsenmaita koskevien tietojen mukaan työhön liittyvien fyysisten työtapaturmien

määrä on terveydenhuollossa 34 prosenttia suurempi kuin Euroopan unionin jäsenmailla muilla aloilla keskimäärin. Suomessa tapahtui terveyden- ja sosiaalihuollon aloilla Parantaisen ja Laineen (2010, 24) mukaan vuonna 2007 1 335 työtaturmaa 100 000 työntekijää kohden.

Suomessa on asetettu Euroopan unionin puitesopimuksen mukaisesti seuraavat tavoitteet saavutettavaksi vuoteen 2020 mennessä. Tavoitteena on ammattitautien osuuden vähenevän 10 %, työpaikkaturmien vähenevän 25 %, koettun fyysisen ja psyykkisen kuormituksen vähenevän 20 %. Vertailukohtana on 2010 tilastoidut määrät edellä mainituista asioista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011.)

Työturvallisuusvaaralla tässä kehittämissuorituksessa tarkoitetaan työssä esiintyvää tekijää tai ominaisuutta, joka mahdollisesti aiheuttaa työturvallisuuspoikkeaman. Työturvallisuuspoikkeamalla tässä yhteydessä tarkoitetaan hoitotyöntekijän fyysiseen, psyykkiseen tai sosiaaliseen työssä koettavaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvää tapahtunutta työturvallisuustapahtumaa. Työturvallisuusvaarat ovat arkisia asioita ja ne ovat läsnä kaikessa päivittäisessä toiminnassa. Työturvallisuusvaara voidaan määritellä sellaiseksi tekijäksi, joka mahdollisesti aiheuttaa tai josta voi seurata taloudellisia menetyksiä tai henkilövahinkoja. (Pohjonen, Murtonen, Toikka & Tamminen 2003, 15; Outinen 2005, 7.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTI

Kehittämisprojekti käynnistyy usein kehitysideasta, visiosta ja halusta uudistaa jokin vanhentunut järjestelmä tai tehdä siihen merkittäviä muutoksia (Ruuska 2005, 33). Kehittämisprojektin lähtökohtana on tarvelähtöisyys. Tarvelähtöisyydellä tarkoitetaan suunnittelun lähtökohtaa, joka on jokin ongelma tai muutostarve. (Silferberg 2001, 3 - 4.) Kehittämisprojektissa oletukset perustuvat kokeemukselliseen tietoon, suosituksiin tai tiettyihin arvolähtökohtiin. (Seppälä-Järvelä 2004, 15, 17).

HoiPro- hanke on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteinen Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti vuosille 2009–2015. Sen päätavoitteena on valmistaa ja tukea sairaanhoitopiiriä siirtymisessä toimialuekohtaiseen toimintamalliin ja syventää yhteistyötä Turun Ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin välillä sekä lisätä sairaanhoitopiirin vetovoimaisuutta. Tämä kehittämisprojekti on yksi HoiPro-hankkeen alaprojekteja.

Kehittämisprojekti sijoittuu osaavan ja hyvinvoivan henkilöstön alaprojektin alle. Painopisteenä tässä kehittämisprojektissa on johtamisen osaamisen kehittäminen työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja niiden käsittelyyn liittyvien asioiden osalta.

2.1 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite

Tämä kehittämisprojekti on kaksiosainen, jossa ensimmäisessä osassa tarkoituksena on määritellä terveydenhuollon työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat kirjallisuuteen perustuen. Kehittämisprojektin toisessa kvalitatiivisessa soveltavassa empiirisessä osassa tarkoituksena on laatia yhtenäinen työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvä toimintamalli lähiesimiehille Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueelle.

Kehittämiprojektin tavoitteena on laatia hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen luokittelu ja kvalitatiivisen soveltavan empiirisen osan tavoitteena parantaa hoitotyön työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamista, ilmoitusmenettelyä sekä käsittelyä lähiesimiestasolla kehitetyn toimintamallin avulla ja sitä kautta lisätä hoitotyöntekijöiden työssä kokemaa hyvinvointia.

2.2 Toimintaympäristön kuvaus

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on kuntayhtymä, johon kuuluu 55 kuntaa ja kaupunkia sekä Turun yliopisto. Turun yliopistollinen keskussairaala on yksi maamme viidestä yliopistollisesta sairaalasta ja yksi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin viidestä sairaalasta. Se toimii Varsinais-Suomessa erikoissairaanhoidon kehittämis- ja osaamiskeskuksena yhteistyössä alueen muiden terveydenhuollon yksiköiden kanssa. Tarkoituksena on tarjota korkealaatuisia terveydenhuollon palveluita potilaskeskeisesti, tuloksellisesti ja taloudellisesti soveltuvien työnjakojen mukaan. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2007.)

Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologian klinikka sekä kirurgian klinikasta neurologinen kirurgia ja verisuonikirurgia yhdistyivät 1.1.2013 neurologian toimialueeksi organisaatiomuutoksen yhteydessä. Uusi toimialue muodostui seitsemästä tulosyksiköstä, joita ovat; aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito, aivokirurgisen potilaan hoito, selkäydinpotilaan hoito, aivovammapotilaan hoito, muun keskushermoston ongelmia potevan potilaan hoito, verisuonipotilaan hoito ja neurologisen potilaan tutkimus ja avohoito. (Roine 2011, 14.)

Neurologian toimialue tuottaa erikoissairaanhoidoa aikuisille potilaille joilla on hermoston sairauksia ja vammoja sekä valtimosairauksia. Uusi toimintamalli antaa mahdollisuuden valita joustavasti paras mahdollinen hoitomenetelmä ilman yksikkörajojen aiheuttamia hidasteita. Potilaslähtöisen, turvallisen ja eettisesti korkeatasoisen hoidon turvaaminen on toimialueen hoitotyön päätavoite. (Roine 2011, 14.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2007–2015 (2007, 8) mainitaan yhtenä perusarvona olevan hyvinvoiva henkilöstö. Henkilöstön työssä

koettavan hyvinvoinnin ja osaamisen katsotaan myös olevan menestyksen tärkeä osatekijä parantamalla tehokkuutta ja sairaanhoitopiirin vetovoimaisuutta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin mukaan osaamiseen, työolosuhteisiin ja välineisiin sekä oikeudenmukaiseen ja kannustavaan johtamiseen panostaminen ovat keinoja työssä koettavan hyvinvoinnin parantamiseen.

Syksyllä 2013 tehdyssä hyvinvointitutkimuksessa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin henkilökunnan työhön liittyvä kuormitus näkyy lisääntyneen, johtuen mahdollisesti lomautuksista. Toisaalta työyhteisöt olivat edelleen toimivia ja kohtelu koettiin oikeudenmukaiseksi. Vaikuttavana tekijänä tutkimuksessa saattoi olla päätöksenteon oikeudenmukaisuutta kuvaavan mittarin huononeminen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014, 3, 9.)

2.3 Kehittämisprojektin toteutus

Kehittämisprojekti käynnistyi elokuussa 2012 lopussa yhteisessä mentoripaamisessa. Silloin keskusteltiin kehittämisprojektiin liittyvistä näkökulmista ja mietittiin kehittämisprojektin soveltavan empiirisen osan toteuttamistapaa (Taulukko 1, 12). Kehittämisprojektin tavoitteeksi täsmentyi työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvä toimintamalli esimiehille samalla täsmentyi projektin ohjausryhmä ja projekti-ryhmä. Projekti eteni ideasta ja esisuunnittelusta projektisuunnitelmaan ja projektin empiirisen osion toteutuksesta raportointiin (Silfverberg 10).

Kehittämisprojektin suunnittelu voitiin jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Kehittämisprojektin ensimmäisenä vaiheena oli aiheen ideointi, joka alkoi elokuussa 2012 ja valmistui joulukuussa 2012. Tähän vaiheeseen liittyi alustavien tietojen hankkimista hoitotyöhön liittyvistä työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista sekä projektiryhmän muodostuminen. Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien teoreettiseen tietoon perustuva esiselvitys oli jatkoa ideointivaiheen aiheeseen liittyvien tietojen hankinnasta. Esiselvitys valmistui huhtikuussa 2013. Tiedonhaku jatkui koko kehittämisprojektin ajan. Kehittämisprojekti eteni aiheen rajaamisen

ja alustavan sekä toteutuksen aikana päivitettävän aikataulun pohtimisena sekä varsinaisen empiirisen osan suunnitelman laatimisena.

Kehittämiprojektin varsinainen suunnitelma valmistui kesäkuussa 2013. Siinä täsmentyi kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoitteet, empiirisen osion tutkimusmenetelmä ja aikataulu. Heinäkuussa 2013 kehittämiprojektin empiirisen osion toteutukselle myönnettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiristä lupa. Kehittämiprojektin empiiriseen osioon liittyvä aineiston hankkiminen toteutettiin elokuussa 2013.

Taulukko 1. Kehittämiprojektin eteneminen 2/2012 – 8/2013

Kehittämiprojektin eteneminen empiirisen osion toteutukseen 8/2012 – 8/2013	
Ideavaihe 8/ 2012	<ul style="list-style-type: none"> - Näkökulman määrittäminen - Projektin ohjausryhmän muodostuminen - Projektiryhmän määrittäminen - Alustava teoriaan tutustuminen
Esiselvitys 12/2012	<ul style="list-style-type: none"> - Teoriaan syventyminen - Tiedonhaku (jatkui koko kehittämiprojektin ajan)
Alustava toteutussuunnitelma 4/ 2013	<ul style="list-style-type: none"> - Aiheen rajaaminen ja täsmentäminen - Alustavan aikataulun laadinta - Empiirisen osion toteutustapa
Varsinainen toteutussuunnitelma 6/2013	<ul style="list-style-type: none"> - Tarkoituksen ja tavoitteiden täsmentyminen - Empiirisen osion tutkimusmenetelmä - Aikataulu - Empiirisen osion tutkimuslupa 7/2013 - Empiirisen osion toteutus 8/2013

Kehittämiprojektin tulokset raportoitiin Turun ja Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöseminaareissa huhtikuussa 2014. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueen ylihoitajalle ja osastonhoitajille tulokset esitettiin toukokuussa 2014. Heille luovutettiin työturvallisuusvaarojen tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn sekä käsittelyyn liittyvä toimintamalli tarkistuslista muotoisena ja myöhemmin kehittämiprojektin loppuraportti.

2.4 Kehittämiprojektin organisaatio

Projektiorganisaatio koostui tässä kehittämiprojektissa projektipäälliköstä, ohjausryhmästä sekä projektiryhmästä. Projektipäällikkönä toimi YAMK opiskelija.

Ohjausryhmään kuului projektipäällikön lisäksi ylihoitaja, työelämän mentori sekä tutoropettaja. Ohjausryhmä esitti kehittämisprojektille rajaukset sekä toivomukset toimintamallin muodosta projektipäällikölle. Lisäksi ohjausryhmä valvoi kehittämistyön etenemistä, hyväksyi kehittämistyön suunnitelman sekä välitti tiedonkulkua projektipäällikön ohjeiden mukaan ja tuki projektipäällikköä kehittämisprojektin suunnittelussa ja siihen liittyvässä päätöksenteossa sekä kehittämisprojektin käytännön toteutuksessa. Projektiryhmän muodostivat neurologian toimialueen osastonhoitajat sekä ohjausryhmä. (Äimälä, Tuomi & Wallin 2005, 16.)

3 TEOREETTISEN VIITEKEHYKSEN MUODOSTUMINEN

Teoria luo pohjaa kehittämisprojektille. Sillä osoitetaan kehittämisprojektin tarpeellisuus ja se antaa suuntaa kehittämisprojektin toteuttamiseen. Teoreettinen viitekehys sisältää keskeisen aiheeseen liittyvän aineksen. (Eskola & Suoranta 2000, 80.) Teoreettisen viitekehysten muodostuminen perustuu kehittämisprojektin tarkoitukseen ja tavoitteisiin. Tässä kehittämisprojektissa teoreettisen viitekehysten muodostavat työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat, niiden tunnistaminen, ilmoittaminen ja käsittely sekä lähijohtaminen ja työturvallisuuden hyvät käytännöt. (Kuva 1). Koska kehittämisprojekti on kaksiosainen, niin ensimmäisen osion viitekehys muodostuu erilaisista työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista. Toisen osion viitekehys muodostuu työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen ja käsittelyyn sekä lähijohtamiseen ja hyviin käytäntöihin liittyvästä teorian tiedosta.



Kuva 1. Kehittämiprojektin teoreettinen viitekehys.

3.1 Työturvallisuus

Hoitotyö on historialliselta taustaltaan kutsumustyötä, johon ei ole liittynyt halua vallankäyttöön eikä virheisiin ja vahinkoihin, vaikka inhimilliseen toimintaan liittyy aina erehtymisen, vahinkojen ja virheiden mahdollisuus. Hoitotyöhön liittyviä hyveitä ovat tunnollisuus, kunnollisuus sekä tarkistaminen ja varmistaminen. Tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijät kokevat lainsäädännön pitävän huolta potilaiden oikeuksista ja hoitotyöntekijöillä koetaan olevan ainoastaan velvoitteita (Korko 2009, 20.) Nykyään hoitotyössä haasteellisuutta ja vaativuutta lisäävät kiire sekä yhteiskunnassa ja organisaatioissa tapahtuvat muutokset (Nummelin 2008, 16). Työturvallisuuteen liittyvät tekijät tulevat todennäköisesti lisääntymään vierastyövoiman määrän kasvun, henkilöstön vaihtuvuuden, vuokratyövoiman, talouskriisien, organisaatiomuutoksien, ulkoistamisien, perinteisen työsuojelun merkityksen väheksymisen ja uuden tekniikan myötä. (Mattila, Lappalainen & Aaltonen 2012, 4.)

Tutkimusten mukaan työsuhteiden epävarmuus vaikuttaa työturvallisuustason heikentymiseen ja näkyvät työturvallisuusvaaroina ja -poikkeamina sekä sairautumisriskinä. Yksi osaamisen, oppimisen ja työturvallisuuden näkökulmasta tarkasteltuna merkittävä ryhmä onkin terveydenhuollon alalla lyhytaikaisissa työsuhteissa olevat työntekijät, jotka työyksiköiden vaihtuessa joutuvat jatkuvasti

tutustumaan uusiin työtehtäviin, oppimaan ja sopeuttamaan toimintansa vaihtuviin työolosuhteisiin (Rautio 2010, 25). Muutokset edellyttävät hoitohenkilöstöltä yhä parempia yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja ja epävarmuuden sietoa alentaa osaltaan työssä koettavaa hyvinvointia ja lisäämällä työturvallisuuteen liittyvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien esiintymistä. Siksi henkilöstön hyvinvointiin ja työkykyyn tulee kiinnittää enemmän huomiota. (Nummelin 2008, 16.)

Potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden kehittäminen on järjestetty useissa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioissa eri tavoilla (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkinen 2010, 8). Euroopan unionin komission (2013, 27) näkemyksen mukaan potilas- ja työturvallisuus kulkevat käsi kädessä eikä niitä voi täysin erottaa toisistaan. Esimerkiksi hoitajan tasapainon menetys voi aiheuttaa vahinkoa myös potilaalle. Potilasturvallisuuden ja työturvallisuuden hallintaa ohjaavat eri lait ja niiden kehittämisestä vastaavat organisaatioissa eri tahot. (Pietikäinen, Ruuhilehto & Heikkinen 2010, 8.) Työturvallisuutta ohjaavat useat eri lait, esimerkiksi työturvallisuuslaki, työterveyshuoltolaki, työsuojelun valvontalaki, yhteistoimintalaki, työeläkelaki ja tasa-arvolaki sekä työsopimuslaki. Kaikkien edellä mainittujen lakien tavoitteena on edistää ja ylläpitää työntekijän työturvallisuutta ja työssä koettavaa hyvinvointia yhteistoiminnassa työnantajan, lähiesimiehen, työntekijän, työterveyshuollon, työturvallisuushenkilöiden ja luottamushenkilöiden kanssa. (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 10.) Terveystuollossa hoitotyöntekijät altistuvat samaan aikaan monille erilaisille vaaroille, joten kyseessä on ala, jolla työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat ovat suuret. Lisäksi työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat painottuvat eri tavoilla erilaisissa toimintaympäristöissä. (Euroopan unionin komissio 2013, 108.)

Työnantaja on velvollinen järjestämään työterveyshuollon työntekijöilleen. Työntekijä, työnantaja ja työterveyshuolto pyrkivät yhdessä edistämään työympäristön turvallisuutta, työhön liittyvien sairauksien sekä työtapaturmien ehkäisyä. (Työterveyshuoltolaki 1383/2001.) Saman lain 12 § edellyttää, että työterveyshuolto arvioi ja seuraa kaikkien työntekijöiden terveydentilaa sekä työ- ja toimintakykyä. Työurien jatkamisessa työterveyshuolloille on suunniteltu vahvaa roo-

lia, ja mahdollisimman varhainen työkyvyn alenemisen ja kuntoutustarpeen tunnistaminen on tärkeä osa tätä prosessia. Kirstenin (2010) ja Pekkan, Kaartisen, Träskelinin & Forman (2010, 20) mukaan työterveyshuollon toimintatavat eivät riitä vastaamaan nykyajan vaatimuksiin turvallisuusvaarojen ja -poikkeamien sekä työhön liittyvien sairauksien ehkäisyyn. Esimerkiksi Hellgrenin (2012, 61) tutkimuksen mukaan sisäilmaongelmia ei otettu huomioon työterveyshuollon toimintasuunnitelmissa. Työntekijät kuitenkin odottivat usein sisäilmaongelmien kokonaisvaltaista ratkaisua työterveyshuollolta, joka puolestaan näki roolinsa enemmän oireilevien työntekijöiden tutkijana ja riskinarvioijana.

Työelämän tietosuojalain 5. pykälän mukaan työntekijän työnantajalle luovuttama työkykyään koskeva lääkärintodistus tai -lausunto voidaan luovuttaa työterveyshuollon palvelujen tuottajalle työterveyshuoltolaissa (1383/2001) säädettyjen työterveyshuollon tehtävien toteuttamista varten, jollei työntekijä ole kieltänyt luovuttamista. Potilaslain ja työterveyshuoltolain 18. pykälän mukaan työntekijää koskevat terveydentilatiedot ovat salassa pidettäviä. Salassa pidettäviä tietoja ei saa ilmaista eikä luovuttaa, jollei työntekijä anna siihen suostumustaan. Pääsääntöisesti myös työterveyshuollossa olevia työntekijöitä koskevia tietoja voidaan luovuttaa työnantajalle vain työntekijän suostumuksella. Työterveyshuoltolain 18 §:ssä on nimenomaisesti säädetty suppeista poikkeuksista, jolloin tietoja voidaan luovuttaa, esimerkiksi erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavista töistä.

Vaikka organisaatioita veloitetaan huolehtimaan työntekijöidensä hyvinvoinnista erilaisten lakien ja säädösten myötä, esimerkiksi järjestämällä työterveydenhuoltopalvelut, niin työterveys- ja työturvallisuustoimenpiteiden toteuttamista koskevat veloitteet eivät kohdistu yksinomaan työnantajiin. Euroopan unionin direktiivin (89/391/ETY) 13 artiklan ensimmäisessä kohdassa ja työturvallisuuslaissa (2002/738) säädetään seuraavasti: ”Jokaisen työntekijän velvollisuus on mahdollisimman hyvin koulutuksensa ja työnantajansa ohjeiden mukaisesti huolehtia omasta ja muiden henkilöiden turvallisuudesta ja terveydestä, jos hänen toimintansa tai laiminlyöntinsä työssä vaikuttavat heihin”. Tämän lisäksi työturvallisuuslain (2002/738) mukaan työntekijän on noudatettava ohjeita ja määrä-

yksiä, ylläpidettävä siisteyttä ja järjestystä sekä huolellisuutta ja varovaisuutta sekä vältettävä muiden työntekijöiden häirintää ja epäasiallista kohtelua.

Kovner ja Gergen (1998) ovat todenneet, että vähän koulutetut ja uudet hoitotyöntekijät luottavat koulutettuja enemmän rituaaleihin hoitotyössä, ovat vähemmän sitoutuneita työhön ja työpaikkaan sekä aiheuttavat suuremman vaaran työturvallisuudelle. Dunn (2012, 131) puolestaan toteaa että, valtaosa työpaikalla sattuvista työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista tapahtuu uusille työntekijöille tai työntekijöille, jotka palaavat työpaikalle pitkän vapaalla olon jälkeen. Hoitotyössä työturvallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat virheiden pelko, vaihtuvat tiimit, osaamattomuus, ylityöt ja henkinen paine. Hoitotyöntekijän tulisikin pohtia asennoitumistaan työhön, ammatilliseen kehittymiseen, esimieheensä ja koko työyhteisöön ja miten työntekijän omat toimintatavat ja asenteet voivat vaikuttaa yhteistyöhön ja työssä koettavaan hyvinvointiin. (Kirsten 2010).

Työturvallisuutta voidaan tarkastella monitasoisena ilmiönä, jossa yhdistyvät henkilöstön kokemukset ja näkemykset, työyhteisön sosiaaliset ilmiöt ja organisaation toimintaprosessit. Työturvallisuus ilmenee siinä, miten tärkeänä sitä pidetään ja sen näkymisenä päivittäisessä toiminnassa. (Reiman, Pietikäinen & Oedewald 2008, 8.) Työturvallisuuteen vaikuttavat tekijät voidaan jaotella piileviin ja aktiivisiin tekijöihin. Nämä puolestaan voidaan jaotella johtamiseen, työn organisointiin, työympäristöön ja työntekijöihin liittyviin tekijöihin. Piileviä tekijöitä ovat muun muassa epäselvät vastuut, organisaatiokulttuurin puutteet, budjetti-leikkaukset, kohtuuton työmäärä, väärinkohdistettu koulutusohjelma, riittämätön opastus, riittämätön valvontajärjestelmä, riittämätön työturvallisuuskoulutus, psyykkinen ja fyysinen väsymys sekä työskentelyolosuhteiden ongelmat. Aktiiviset tekijät puolestaan voivat aiheutua työn tekemisestä eli työmenetelmistä, työvälineistä, käytettävistä aineista ja työntekijöiden käyttäytymisestä, riittämättömästä tilannetietoisuudesta, varmistusten ja motivaation puutteesta. Työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat voivat kohdistua työntekijään myös työn ulkopuolelta esimerkiksi liikenteen aiheuttamana tapaturmana työmatkoilla ja potilaan tai hänen läheisensä aiheuttamana väkivaltana. (Reason 1990; Parantainen & Laine 2010, 6.)

Työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman voi määritellä olevan mikä tahansa terveydenhuollon tuotteisiin, toimintatapoihin, -järjestelmiin ja ympäristöön liittyvä suunnitellusta tai sovitusta poikkeava tapahtuma. Työturvallisuusvaara tai -poikkeama voi johtua tekemisestä, tekemättä jättämisestä tai suojausten pettämisestä. (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 7.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä turvallisuuspoikkeamilla tarkoitetaan työyksikön toimintaa tai henkilöstöä vaarantanutta tapahtumaa, omaisuuden vahingoittumista ja ympäristövahinkoa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 15, 16). Hoitotyössä työturvallisuuteen liittyvät työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat painottuvat erityisesti fyysiseen kuormitukseen aiheuttaen haasteita hoitohenkilöstön työkykyisenä pysymiselle. Edellisten lisäksi hoitotyön ympäristössä esiintyy biologisia, kemiallisia, ergonomisia ja psykososiaalisia turvallisuutta vaarantavia tekijöitä. (Parantainen & Laine 2010, 6, 25; Euroopan unionin komissio 2013, 29.)

3.1.1 Fyysiset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat

Työtapaturmalla tarkoitetaan vamman tai sairauden aiheuttamaa äkillistä, ennalta arvaamatonta ja poikkeavaa tilannetta tai ulkoisen tekijän aiheuttamaa tapahtumaa. Se on voinut tapahtua hoitotyöntekijälle työtehtävissä, työpaikalla tai työmatkalla tai työntekijän yrittäessä varjella tai pelastaa työnantajansa omaisuutta tai työtoimintansa yhteydessä ihmishenkeä. Työtapaturmat jaetaan työpaikkataturmiin ja työmatkataturmiin. (Tapaturmavakuutuslaki 608/1948; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014, 16.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä työtapaturmien määrä on pysynyt vuonna 2013 edellisen vuoden tasolla ja niitä tapahtui yhteensä 573. Kuntayhtymän palveluksessa oli vuoden lopussa 7519 henkilöä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2014, 16). Sosiaali- ja terveydenhuoltoalalla hoitohenkilöstölle yleisemmin fyysisiä työtapaturmavaaroja ja -poikkeamia aiheuttavat liukastumiset, kompastumiset, kaatumiset, fyysinen väkivalta ja pisto- ja viiltotapaturmat sekä laitteisiin ja niiden käyttöön liittyvät työturvallisuusvaarat (Kuva 2). (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 34.)



Kuva 2. Fyysisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaiillen Parantainen ym. 2010,19 – 20; Tapaturmavakuutuslaki 608/1948).

Fyysinen väkivalta

WHO eli maailma terveystieteiden järjestö määrittelee väkivallan fyysisen voiman tai valjan tahallisenä käyttönä tai sillä uhkaamisena (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano 2005, 21). Euroopan komission määritelmän mukaan ”työväkivallalla tarkoitetaan tapahtumia, joissa henkilöitä loukataan sanallisesti, uhataan tai pahoinpidellään heidän työhönsä liittyvissä oloissa ja jotka suoraan tai epäsuoraan vaarantavat heidän turvallisuutensa, hyvinvointinsa tai terveytensä.” (Di Martino ym. 2003).

Uhkaavia tilanteita syntyy terveydenhuollossa yleensä asiakkaan ja hoitotyöntekijän keskinäisessä vuorovaikutuksessa yksin työskennellessä ja erityisesti ilta- ja yöaikaan. Fyysinen väkivalta ilmenee kiinni tarttumisenä, huitomisena, lyömisena, potkimisena, sylkemisenä, puremisena ja raapimisena sekä erilaisten aseiden käyttönä. (Työturvallisuuskeskus 2008, 3 - 4.) Näyttääkin siltä, että terveydenhuoltoalalla ajatellaan yhä, että pienet väkivallan teot ja uhkailut ovat luonnollinen osa työnkuvaa (Korko 2009, 19). Tutkimuksen mukaan joka kolmas työväkivaltaa kokeneista työskenteli terveyden- ja sairaanhoitoalan ammattiteissa (Piispa & Hulkko 2009). Lyhytaikaisissa työsuhteissa olevilla valmiudet ehkäistä ja kohdata väkivaltaa työssä voivat olla heikommat, sillä he eivät aina pääse työnantajan järjestämään, aihetta käsittelevään koulutukseen. (Rautio 2010,

25). Terveydenhuollon ammateissa väkivaltatilanteet painottuvat etenkin nuoriin (15 – 24) ja keski-ikäisiin (35 – 44) hoitotyöntekijöihin. Erityyppiset väkivaltakokemukset osuivat osittain samoille hoitotyöntekijöille, sillä useampi kuin joka kymmenes oli kokenut vähintään kahdenlaista väkivaltaa, uhkailun lisäksi esimerkiksi fyysistä väkivaltaa. Lisäksi usein samat hoitotyöntekijät kokivat työssään sekä häirintää, kiusaamista että väkivaltaa. (Piispa & Hulkko 2009.) Todennäköisemmin väkivallasta ilmoittivat enemmän ne hoitotyöntekijät, jotka kokivat enemmän työn tekemiseen liittyvää stressiä ja kiirettä (Nachreiner, Gerberich, Ryan & McCovern 2007, 672 - 678).

Porras (2008, 48) toteaa fyysisen väliintulon menetelmistä väkivaltatilanteessa toimittaessa taidot toimia korostuvat niin, että hoitajien fyysiset vahingot jäävät mahdollisimman pieniksi. Väkivaltatilanteen hallinta edellyttää toistuvaa harjoittelua, jotta varmuus ja taidot väkivaltatilanteissa lisääntyvät. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimintakertomuksen (2014,10) mukaan siellä järjestettiin vuonna 2013 kaksikymmentä työsuojeluun tai työturvallisuuteen liittyntä koulutustilaisuutta.

Pisto- ja viiltotapaturmat

Terävillä instrumenteilla tarkoitetaan terveydenhuollon toiminnoissa tarvittavia esineitä tai instrumentteja, jotka voivat aiheuttaa viiltoja, pistoja, vamma ja/tai infektion (Euroopan neuvoston direktiivi 2010/32/EU, 69). Tarkkaa tietoa pisto- ja viiltotapaturmien määrästä Suomessa vuosittain ei ole saatavissa. Sairaaloissa ne ovat kuitenkin usein yleisin työtapaturmatyyppi. Työterveyslaitoksen arvioiden mukaan pistotapaturmien yleisyys suomalaisissa sairaaloissa potilastyössä olisi keskimäärin 100 pistoa vuodessa tuhatta hoitotyöntekijää kohden. Todellisen luvun arvioidaan olevan suurempi, koska suuri osa näistä työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista jää ilmoittamatta. (Parantainen & Laine 2010, 20.) Syinä pisto- ja viiltotapaturmiin tapaturmiin ovat esimerkiksi kiire, osaamisen ja perehdytyksen puutteet, puutteelliset työvälineet ja varusteet, huolimattomuus, riskialttiit työtavat sekä potilaan ennakoimaton käyttäytyminen (Puro, Rasa &

Salminen 2014, 6) sekä Dempen, Delposin & Ericksonin (2009, 336 – 340) mukaan vuorotyöhön ja pitkiin työvuoroihin liittyvään väsymykseen.

Laiteturvallisuus

Laissa terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) sanotaan, että laitteen tulee olla käyttötarkoitukseensa sopiva ja sen tulee käytettäessä saavuttaa sille suunniteltu toimivuus ja suorituskyky. Laitteen asianmukainen käyttö ei saa tarpeettomasti vaarantaa potilaan, käyttäjän tai muun henkilön terveyttä tai turvallisuutta. Valmistajan on annettava laitteen yhteydessä turvallisuuden kannalta tarpeelliset tiedot sen käytöstä, varastoinnista ja kuljettamisesta. Jos laite on kertakäyttöinen, valmistajan on ilmoitettava niistä vaaroista, joita voi tapahtua, mikäli laitetta käytetään uudelleen. Laitteella tulee olla organisaatiossa vastuuhenkilö, joka vastaa siitä, laitetta käytetään oikein ja kouluttaa laitteen oikeaan ja turvalliseen käyttöön.

Laiteturvallisuuteen liittyvät rikkinäisten laitteiden ja niiden käyttöön liittyvät vaarat voivat aiheuttaa työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman laitteen käyttäjälle, toimintaympäristölle tai potilaalle. Yksittäisen koneen tai laitteen kuten röntgen-, laboratorio- tai atk laitteiden rikkoontuminen voi aiheuttaa merkittävän vahingon ja vaarantaa koko toimintayksikön toiminnan. Virallisia valvonnan kohteita ovat sairaalassa sähkölaitteistojen turvallisuus sekä niiden asentaminen, tarkastaminen ja käyttö sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon laitoksissa. Valvontaa suorittaa turvatekniikan keskus (Niskanen ym. 2009, 26). Työntekijät, joille on annettu tehtäväksi käyttää laitteita, tulisi saada riittävä koulutus mukaan lukien kaikkia sellaisia vaaroja koskeva koulutus, joita laitteiden käyttö saattaa tuoda mukanaan. (Euroopan neuvoston direktiivi 2010/32/EU, 71)

Tietoturvallisuudella on keskeinen merkitys terveydenhuollossa. Niskasen ym. (2009, 23) mukaan terveydenhuollon hoitotyöntekijöitä työllistää informaatioteknologian kasvun ohella sähköisiin järjestelmiin perustuvien työtehtävien jatkuva lisääntyminen. Järjestelmien hallinta edellyttää ohjelmisto ja laitetekniikan pe-

rusteiden riittävää peruskoulutusta, jota tulee järjestelmien ja laitteistojen uusiutuksessa tukea jatkuvalla täydennyskoulutuksella.

3.1.2 Ergonomiset työturvallisuusvaarat ja –poikkeamat

Ergonomian avulla työ, työvälineet, työympäristö ja muu toimintajärjestelmä sopeutetaan vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. Ergonomian avulla parannetaan ihmisen turvallisuutta, terveyttä ja hyvinvointia sekä järjestelmien häiriötöntä ja tehokasta toimintaa. (Työterveyslaitos 2013.) Työturvallisuuslain 24 § edellyttää työnantajaa huolehtimaan siitä, että työpisteen rakenteet ja käytettävät työvälineet valitaan, mitoitetaan ja sijoitetaan työn luonne ja työntekijän edellytykset huomioon ottaen ergonomisesti asianmukaisella tavalla. Työpisteeseen ja työvälineisiin kuuluu esimerkiksi koneita, työkaluja, laitteita, kalusteita, laitteistoja ja muita tarvikkeita. Työn ergonomisella kuormittumisella tarkoitetaan työn, työmenetelmien ja työvälineiden aiheuttamia työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia työntekijöille.

Terveysalan yleisin ergonominen työturvallisuusvaara tai -poikkeama liittyy tuki- ja liikuntaelimestön liialliseen kuormittumiseen. (Kuva 3) (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2011, 34.) Sosiaali- ja terveysalan toiminta-alueille tehtyjen toistuvaiskyselyiden perusteella on työn fyysinen rasittavuus parinkymmenen vuoden aikana asteittain lisääntynyt kaikilla sosiaali- ja terveysalan toiminta-alueilla (Perkiö-Mäkelä ym. 2010). Kaikkien Euroopan unionin maiden terveydenhuollon alalla työhön liittyvien tuki- ja liikuntaelinten sairauksien esiintyvyys on rakennusalan jälkeen toiseksi suurin (Euroopan unionin komissio 2013, 108). Yleisimpiä työhön liittyviä rasitusoireita ovat niska- ja hartiasärky, ristiselän väsyminen ja särky, jalkojen turvotus ja väsyminen sekä nivelkiput. Niistä johtuvia korvattuja poissaoloja on reilu kolmannes kaikista sairauspoissaoloista (Parantainen & Laine 2010, 17; Rauramo 2008, 54.) Hoitajista jopa 77 % ilmoittaa pitkäaikaisista tuki- ja liikuntaelinvaikeuksista (Perkiö-Mäkelä ym. 2010). Arvioiden mukaan selkätapaturmista 65 % sattuu potilassiirtotilanteessa (Pompeii ym. 2009).



Kuva 3. Ergonomisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011, 34).

Työmenetelmät

Sosiaali- ja terveysalalla työskentelevien toistuvien selän kumartuneiden ja kiertyneiden asentojen, staattisten työasentojen lisäksi hoitotyön tekijät nostavat käsin yli 25kg:n taakkoja useammin kuin muilla aloilla keskimäärin. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010; Tamminen-Peter 2005, 17.) Suurin turvallisuusriski fyysisesti raskaassa työssä ei kuitenkaan ole lihasten suuri kuormitus, vaan selän kuluminen erityisesti lannerangan välilevyissä, jolloin selkävammojen riski kasvaa (Kroemer & Grandjean 2001, 129). Kokeelliset tutkimukset ovat osoittaneet, että luut, välilevyt, jänteet, lihakset ja hermot voivat vaurioitua kauan kestäväillä sängen pienillä voimilla. Esimerkiksi pitkään jatkuva jänneen kuormittaminen vain 10 prosentin voimalla sen vetokestävyydestä johtaa siihen, ettei jänne enää palaudu alkuperäiseen pituuteensa (Launis & Lehtelä 2011, 71; National Research Council and Institute of Medicine 2001.)

Työvälineet

Valtioneuvoston päätöksessä käsin tehtävistä nostoista (1409/93) todetaan, että mikäli nostoa ei voida välttää, niin työnantajan on vaaran vähentämiseksi annettava hoitotyöntekijöiden käyttöön asianmukaisia noston ja siirron apuvälineitä ja koulutusta niiden käyttöön. Lisäksi hoitotyöntekijöiden tulee saada riittävästi opetusta ja ohjeet taakkojen oikeasta käsittelystä ja heiltä edellytetään myös

itsenäistä omasta kunnostaan huolehtimista. Potilassiirroissa ja nostoissa voidaan käyttää apuvälineitä, joilla pyritään helpottamaan hoitotyöntekijän kuormitusta ja aktivoimaan potilasta mahdollisimman omatoimiseksi ja tätä kautta ehkäisemään hoitajien tuki- ja liikuntaelimestön sairauksia (Työsuojeluhallinto 2009,12).

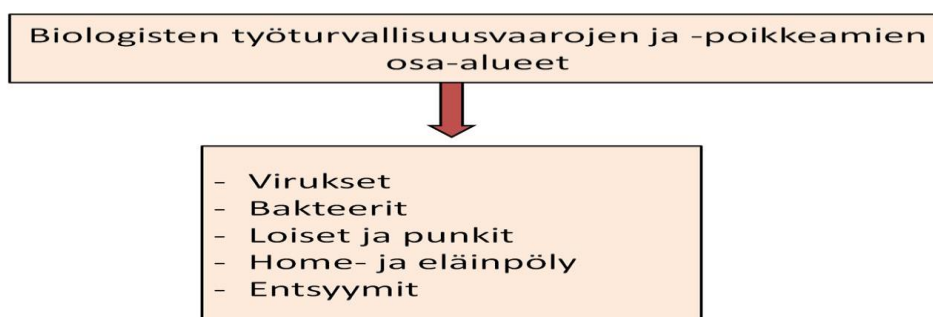
Työympäristö

Ympäristötekijöiden lisävaikutukseen ei aina kiinnitetä riittävästi huomiota. Sopimaton lämpötila kuormittaa elimistöä, korkea melutaso aiheuttaa stressiä ja vaikeuttaa keskittymistä ja kuulemistä ja puutteellinen ja vääränlainen valaistus aiheuttaa lisäkuormitusta erityisesti tiedon käsittelyä ja tarkkuutta vaativissa tehtävissä. (Työturvallisuuskeskus 2014a.) Työympäristön puutteet tai epäkohdat voivat lisätä työn järjestelyistä ja työtilan ergonomisista virheistä aiheutuvia vaivoja. Työympäristön tilaratkaisuilla on suuri vaikutus hoitohenkilöstön ergonomiseen kuormittumiseen. Tilanahtaus etenkin potilashuoneissa ja -tiloissa haittaa hoitajien työskentelyä. Usein tilojen suunnittelussa ei ole aina otettu riittävästi huomioon potilaiden omatoimiseen liikkumiseen tarvittavien apuvälineiden vaatimaa tilaa. (Tamminen-Peter 2005, 15.) Ergonomisen työskentelymallin toteutusta estävät esimerkiksi kiire, raha ja henkilöstön vaihtuvuus. Euroopan unionin komission (2013, 111) mukaan myös henkilöiden välisillä suhteilla on suuri merkitys hoitotyöntekijän ergonomiseen työturvallisuuteen. Esimerkiksi stressihormonien vapautuminen voi kiristää lihaksia ja aiheuttaa lihasvaivoja. Potilassiirtotaitojen opetus tulisi nähdä laajempänä ergonomiaopetuksena. Tällöin jo hoitotyöntekijöiden peruskoulutuksessa tulisi opettaa tutkimusnäyttöön perustuvia potilassiirtotekniikoita ja apuvälineiden käyttöä (Iakovou 2008).

3.1.3 Biologiset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat

Valtionneuvoston päätös työntekijöiden suojelemisesta työhön liittyvältä biologisten tekijöiden aiheuttamalta vaaralta (1155/1993) määrittelee biologisilla työturvallisuusvaaroilla tarkoitettavan erilaisia virusten ja bakteerien, soluviljelmien

ja ihmisessä elävien loisten aiheuttamia tulehdus-, allergia- ja myrkytysvaikutuksia. Euroopan työterveys ja turvallisuusvirasto määrittelee biologiseksi vaaraksi edellisten lisäksi myös orgaanisille homepölyille, kuten eläinpölylle, punkkeille, entsyymeille ja hiukkasille altistumisen aiheuttavat allergiat sekä myrkytys tai myrkkyyvaikutukset (Kuva 4, 25) (Euroopan työterveys ja turvallisuusvirasto 2003). Altistumisen ehkäiseminen on keskeinen toimintamalli työssä sattuvien tapaturmien tai infektioiden riskin poistamiseksi ja vähentämiseksi.



Kuva 4. Biologisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukailen Valtioneuvoston päätös 1155/1993; Euroopan työterveys- ja turvallisuusvirasto 2003)

Biologiset työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien aiheuttajat voivat kulkeutua elimistöön ihokosketuksen, naarmujen tai ihopiston kautta veren välityksellä, pisaratartuntana iholle, silmiin tai limakalvoille sekä hengitysteitse ja ruoansulatuskanavan kautta. (Euroopan unionin komissio 2013, 51,55.) Elimistöön joutuessaan ne voivat aiheuttaa terveydellisiä haittoja, kuten esimerkiksi haavatulehduksia, keuhkotulehduksia, ärsytysoireita, kuumeilua, väsymystä ja hengitystieoireita. (Euroopan työterveys ja turvallisuusvirasto 2003.)

Euroopan parlamentin ja neuvoston direktiivistä (2000/54/EY) työntekijöiden suojelemisesta vaaroilta, jotka liittyvät biologisille tekijöille altistumiseen työssä luokittelee biologiset tartuntavaaran neljään tasoon:

- Biologinen vaaratekijä, joka ei todennäköisesti aiheuta sairautta ihmiselle.
- Biologinen vaaratekijä, joka voi aiheuttaa ihmiselle sairauden ja voi olla työntekijöille vaarallinen. Se ei kuitenkaan todennäköisesti leviä väestöön. Käytettävissä on yleensä tehokas ehkäisykeino tai hoito.
- Biologinen vaaratekijä, joka voi aiheuttaa ihmiselle vakavan sairauden ja aiheuttaa työntekijöille vakavan vaaran. Se voi aiheuttaa väestöön leviämisen vaaraa, mutta käytettävissä on yleensä tehokas ehkäisykeino tai hoito.
- Biologinen vaaratekijä, joka aiheuttaa ihmiselle vakavan sairauden ja aiheuttaa työntekijöille vakavan vaaran. Se voi aiheuttaa vakavaa väestöön leviämisen vaaraa. Yleensä käytössä ei ole tehokasta ehkäisykeinoa tai hoitoa.

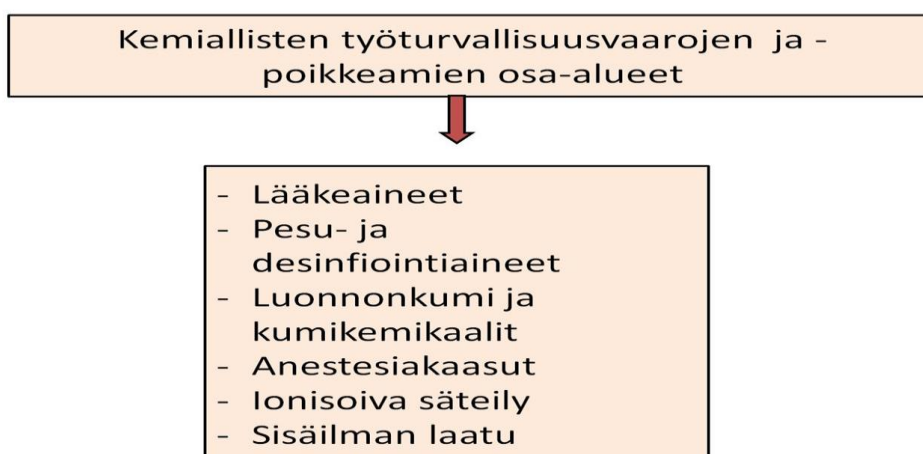
Työterveyslaitoksen arvion mukaan veren välityksellä tapahtuva biologinen altistumisen yleisyys suomalaisissa sairaaloissa liittyy pistotapaturmiin ja olisi keskimäärin 100 pistoa vuodessa tuhatta työntekijää kohden. Todellisen biologisen työturvallisuusvaaran ja -poikkeaman arvioidaan olevan suurempi, koska suuri osa tapaturmista jää ilmoittamatta. (Parantainen & Laine 2010, 20.) Työperäisten sairauksien rekisteriin ilmoitettuja yleisimpiä biologisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien aiheuttamia ammattitauteja ovat Suomessa viime vuosina olleet homesienten aiheuttamat hengitystieallergiat, tuberkuloosi ja myyräkuume sekä syyhypunkki-ihottumat. (Työsuojeluhallinto 2006, 14.)

3.1.4 Kemialliset työturvallisuusvaarat ja –poikkeamat

Kemikaalilla tarkoitetaan alkuaineita ja niiden kemiallisia yhdisteitä sekä kahden tai useamman aineen seoksia. Valtioneuvoston asetus kemiallisista tekijöistä työssä 2001/715 ja Euroopan unionin komissio (2013, 220) määrittelevät kemiallisen työturvallisuusvaaran tarkoittavan mahdollisesti toteutuvan haitan todennäköisyyttä ja sen vakavuutta käyttö- tai altistusolosuhteissa. Kemialliset työturvallisuusvaarat voivat esiintyä eri olomuodoissa kuten kaasuina, höyryinä, kiinteinä hiukkasina ja nesteinä. Kemiallinen, työperäinen altistuminen työturvalli-

suusvaaralle tai -poikkeamalle tarkoittaa aineita, jotka voivat aiheuttaa työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman työntekijälle tai työpaikan turvallisuudelle. Altistuminen voi tapahtua seurauksena yhdestä ainoasta kerrasta tai pitkän aikavälin altistumisena kehoon kertyen. Oireita ovat esimerkiksi syöpä, lisääntymiskyvyn heikkeneminen, sikiö-, aivo- tai hermostovauriot, hengityselin- tai iho-oireet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon työssä kemiallisia työturvallisuusvaaran ja -poikkeaman voi aiheuttaa syöpävaaralliset ja muut lääkeaineet, pesu- ja desinfiointiaineet, suojakäsineiden sisältämät kumikemikaalit ja luonnonkumi, proteiinit ja anestesiakaasut. Ionisoivalle säteilylle altistuu lähinnä röntgentoiminnassa, sädehoidossa ja isotooppihoidossa työskentelevät. (Kuva 5) (Parantainen & Laine 2010, 10 – 11, 17; Euroopan unionin komissio 2013, 220.) Sosiaali- ja terveysalan ammattitaukeista noin puolet on ihotauteja ja neljäsosa hengitystieallergioita. Tutkimuksen mukaan terveydenhuollossa esiintyi vuonna 2010 yhteensä 451 ammattitautia tai niiden epäilyä 10000 työntekijää kohti. Niistä hengityselimiin liittyviä oli 137 / 10000 työntekijää kohti sekä ihotauteihin liittyviä oli 199 / 10000 työntekijää kohti. (Taskinen, Lindbohm & Frilander 2006, 37 – 39; Oksa, Palo, Saalo, Jolanki, Mäkinen & Kauppinen 2012, 53.)



Kuva 5. Kemiallisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaillen Kauppila ym. 2010; Parantainen & Laine 2010).

Lääkeaineet

Perinteisesti kemiallisesti vaaralliset aineet luokitellaan ja merkitäänkin vaaralliseksi, vaarallisiin lääkkeisiin ei kuitenkaan sovelleta vaarallisia aineita koskevissa EU:n direktiiveissä säädettyä merkintäpakkoa. Ne luokitellaan ja merkitään vain lääkelainsäädännön vaatimusten mukaisesti. Siksi työntekijät eivät usein huomaa näihin tuotteisiin liittyviä riskejä. Tämä koskee esimerkiksi anestesia-aineita, sytostaatteja, muita lääkkeitä ja desinfiointiaineita. Asa-rekisterin mukaan lääkeaineille ja lääkkeiden valmistukseen liittyviä syöpäsairauden vaaraa aiheuttaville aineille ja menetelmille altistumisia oli terveydenhuollossa vuonna 2011 2,2 %. Altistuneita työntekijöitä oli sosiaali- ja terveydenhuollossa yhteensä 6 %. (Saalo, Soosaar, Länsimäki & Kauppinen 2013, 14 – 15.)

Torniaisen (2013) tiedonannon mukaan lääkkeiden käsittelyyn osallistuvien hoitajien lääkkeiden aiheuttamista iho-ongelmista ei ole tutkittua tietoa. Tutkitun tiedon puuttuminen saattaa johtua hoitotyön luonteesta, jolloin ei myönnetä sitä, ettei ole noudatettu lääkkeiden käsittelyyn liittyviä työturvallisuusohjeita. Amalbertin (2006, 66 – 71) mukaan hoitotyöntekijät eivät aina täysin noudata sääntöjä ja ohjeita.

Torniaisen tiedonannon (2013) mukaan esimerkiksi lääkkeiden väriaineet, kapselointiaineet sekä itsessään lääkeaineet saattavat aiheuttaa iho-ongelmia ja olla allergisoivia. Hoitotyössä lääkeaineiden pölyn tavallisin muodostumistapa on lääkkeen mekaaninen hajoaminen, murskaus, jauhaminen, ilmavirta lääkemurskan tai -jauheen antamisen yhteydessä ja sekoitus. Pölyä muodostuu myös injektiokuiva-aineen laimennusvaiheessa korkkia lävistettäessä. Tämä aiheuttaa myös roiskevaaran esimerkiksi laimennetun liuoksen käyttökuuntoon saattamisessa.

Nanomateriaalit voivat olla koostumukseltaan epäorgaanisia tai orgaanisia materiaaleja joiden koko on $1 \text{ nm} = 0,000001 \text{ mm}$. Esimerkiksi lääkkeiden kapseloinnissa käytettyjen aineiden imeytymisen edistämiseksi käytetään nanokokoisia partikkeleita, yleensä titaanidioksidia, jolloin niiden imeytyminen on nope-

ampaa ja tehokkaampaa. (Sanguansri & Augustin 2006, 547 – 556.) Niiden kulkeutuminen soluihin tapahtuu eri mekanismeilla kuin vesi- ja rasvaliukoisten lääkeaineiden. Muun muassa titaanidioksidilla tehdyt kokeet ovat osoittaneet partikkelikoon monimutkaisten mekanismien vaikutukset. Titaanidioksidin tunkeutuminen ihon päällimmäisen kerroksen läpi on tutkittu vapaaehtoisilla henkilöillä. Tutkimuksissa on todettu titaanidioksidin tunkeutuvan ihon läpi etenkin ihon rasvan ja erityisesti karvatuppien kautta. (Tinkle ym. 2003, 1202 - 1208; Toll ym. 2004, 168 - 176.) Nanokokoiset lääkeaineet pääsevät kulkeutumaan elimistössä paikkoihin, joihin isommat lääkemolekyylit eivät pääse, kuten verenkiertoon, imusolmukkeisiin, luuytimeen sekä veri-aivoesteen ja istukan läpi. Nano-lääkkeiden jakautuminen ja kertyminen elimistöön voi olla ennalta arvaamattonta. Etenkin pitkäaikaisvaikutukset ovat vielä tuntemattomia. Nanopartikkelien pienen koon takia immuunijärjestelmä ei aina tunnista niitä. (Palomäki 2007, 28.)

Pesu- ja desinfiointiaineet

Hoitotyöhön kuuluu usein pieniä puhdistus- ja desinfiointitehtäviä esimerkiksi hoitotoimenpiteiden yhteydessä käsien, ihon, pintojen ja instrumenttien desinfiointia. Hoitotyölle on tyypillistä usein toistuva käsienpesu ja märkätyö sekä suojakäsineiden käytön aiheuttama ihon hautuminen. Suojakäsineet saatetaan kiiresseen vedoten pukea päälle, vaikka kädet ovat yhä desinfiointiaineesta määrät. Tällöin alkoholipohjainen desinfiointiaine ei pääse haihtumaan ja voi aiheuttaa palovamman kaltaisia oireita. Nämä tekijät lisäävät erityisesti käsi-ihottuman vaaraa. Erilaisiin työturvallisuusvaara ja -poikkeamatekijöihin tuleekin kiinnittää jatkuvasti huomiota, koska kemikaalien käytön lisääntyminen voi vähentää infektion vaaraa mutta lisätä kemikaaleihin liittyvää työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman mahdollisuutta. (Parantainen & Laine 2010, 11; Euroopan unionin komissio 2013, 61,230.)

Suojäkäsineet

Suojäkäsineet ovat varsin yleinen kosketusallergian aiheuttaja, koska suojäkäsineen allergiaa aiheuttavat aineet ovat tiiviissä ja pitkäaikaisessa kosketuksessa käsien ihoon ja käsineen aiheuttama ihon hautuminen lisää allergeenien tunkeutumista ihoon. Suurin vaara on niillä hoitotyöntekijöillä, jotka altistuvat säännöllisesti nesteille ja vedelle, jolloin ihon luonnollinen suojajärjestelmä voi häiriintyä. Ensimmäisiä oireita ovat ihon kuivuminen, punoitus ja kutina. Iho voi muuttua turvonneeksi, halkeilevaksi, hilseileväksi ja paksummaksi. Myös rakkuloita voi ilmaantua. Allergisella ihottumalla on usein hyvä ennuste, jos aiheuttaja voidaan poistaa. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2003; Nylén 2008, 3 – 4; Aalto-Korte 2014, 617 – 618.)

Sisäilman laatu

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä (2014, 16) kuten monella muullakin terveydenhuollon työpaikalla sisäilma- ja tilaongelmat arvioidaan merkittäväksi työturvallisuusvaaraksi. Valtaosa sisäilmaan liittyvistä terveyshaitoista on oiretasoisia nenän limakalvojen ärsytystä, silmien kutinaa, ihon punoitusta hengitystieoireita ja väsymystä, vilua ja päänsärkyä. Sisäilmaan liittyvät terveyshaittojen aiheuttajat voidaan jaotella orgaanisiin ja epäorgaanisiin tekijöihin. Tutkimuksen mukaan sosiaali- ja terveysalalla sisäilman laadulla on suuri merkitys työssä koettavalle hyvinvoinnille. Yleisimmin haittaa koettiin aiheutuvan kuivasta ja tunkkaisesta ilmasta sekä vetoisuudesta, ilmanvaihtolaitteiden toimimattomuudesta ja kosteudesta. Joka viides hoitotyöntekijä haistoi homeen hajua työsään. Pahimmillaan huono sisäilman laatu aiheuttaa työperäisiä sairauksia, allergioita tai ärsytysoireita. (Reijula 2005, 24; Kauppinen & Reijula 2010, 11; Hellgren 2012, 61.)

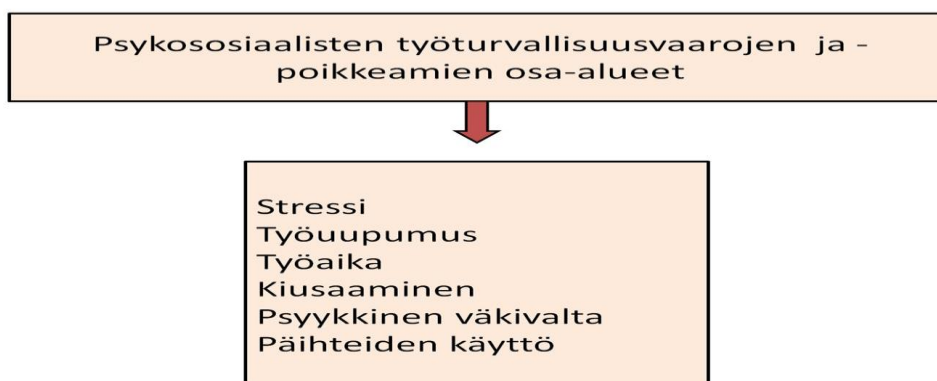
Kaasut

Happiverkostojen johdosta sairaaloiden katsotaan olevan kemikaalien suuria käyttäjiä ja tämän johdosta turvatekniikan keskuksen valvontaan kuuluvia koh-

teita. Kaasuja käytetään terveydenhuollossa moniin eri käyttötarkoituksiin, esimerkiksi hengityskaasuina, jäähdytykseen tai lääkintälaitteiden käyttövoimana. Ne ovat yleensä, hajuttomia, värittömiä ja mauttomia lukuun ottamatta typpioksiduulia eli ilokaasua. Altistuminen anestesiakaasuille leikkaussaleissa ja synnytysosastoilla aiheuttaa hoitajille terveysriskejä. (Ernvall, Pulli, Salonen, Nurminen & Kaukkila 2009, 79.) Kaasujen aiheuttamat työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat ilmenevät usein väsymyksen ja päänsäryn kaltaisina oireina. Etenkin anestesiakaasujen osalta heillä ilmenee myös vakavampia fyysisiä oireita, kuten hedelmällisyyden heikentymistä ja raskauden aikaisia ongelmia. Työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman voimakkuuteen vaikuttavat käytetyn kaasun tyyppi, työntekijöiden hengitysilman kaasupitoisuus ja altistuksen kesto. (Euroopan unionin komissio 2013, 242.)

3.1.5 Psykososiaaliset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat

Euroopan unionin komission (2013, 173) mukaan terveydenhuollon ammateissa yleisesti tunnettuja psykososiaalisia riskitekijöitä ovat muun muassa kiire, joustamattomat hierarkkiset rakenteet ja henkilöstön johtamisen puutteellisuus ja vähäisen tuen antaminen hoitotyöntekijöille. Työhyvinvointia tarkastelevat tutkimukset osoittavat, että haitallisinta hoitotyöntekijän kokeman työhyvinvoinnin kannalta on pitkään jatkunut riittämättömyyden tunne ja psykososiaalisten tekijöiden vaikutus työssä koettavaan hyvinvointiin on aiempaa merkittävämpää. (Suutarinen & Vesterinen 2010, 110). Euroopan unionin komission (2013, 173) ja WHO:n Eurooppalaisia linjauksia psykososiaalisten turvallisuusvaarojen ja -poikkeamien hallintaan määrittelevät työelämän psykososiaalisten turvallisuusvaarojen ja -poikkeamien liittyvän työn sisältöön, työmäärään ja tahtiin sekä työaikaan, työnhallintaan, työympäristöön ja välineisiin aiheuttaen työhön liittyvää uupumusta ja stressiä. Lisäksi psykososiaaliset turvallisuuspoikkeamat liittyvät organisaatiokulttuuriin, työpaikan sosiaalisiin suhteisiin ja hoitotyöntekijän rooliin ja työuran kehitykseen organisaatiossa sekä työn ja muun elämän yhteensovittamiseen. (Kuva 6) (PRIMA-EF 2008, 2.)



Kuva 6. Psykososiaalisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien osa-alueet (Mukaillen Euroopan unionin komissio 2013, 173).

Työn psykososiaalisten tekijöiden vaikutusta työturvallisuuteen on tarkasteltu muun muassa sosiaalisen pääoman käsitteen kautta. Se syntyy luottamuksesta, vastavuoroisuudesta, yhteisistä arvoista ja normeista, eli suvaitsevaisuudesta, sosiaalisista suhteista ja oikeudenmukaisen kohtelun kokemuksesta. Sosiaalisen pääoman kehittyminen edellyttää avoimuutta ja luottamusta, kykyä sietää erilaisuutta ja toimia erilaisten ihmisten kanssa, sitoutumista ja yhteisiä kokemuksia. Niissä kehittämishankkeissa, joissa henkilöstö on ulkopuolisen ohjaamana analysoinut omaa työtään, siihen liittyviä kuormitus- ja voimavaratekijöitä sekä tulosten pohjalta laatinut suunnitelmia ja toteuttanut niitä, on saavutettu hyviä tuloksia. (Rautio 2010, 26, 27.)

Kiire ja työpaineet ovat työelämässä hyvin yleisiä. Tutkimuksen mukaan joka kolmas työntekijä kertoi niiden haittaavan psyykkistä hyvinvointiaan. Yleisimmin kiireestä ja työpaineista kärsivät terveydenhoitoalan ammattitehtävissä työskentelevät (57 %). Kiireessä ja työpaineen alla työturvallisuuden varmistaminen saattaa unohtua. (Piispa ym. 2009.) Työn psykososiaalisen kuormituksen minimoimiselle ja työelämän ja organisaation vetovoimaisuuden lisäämiselle on vaaraksi, jollei työkuulttuurin, johtamisen ja laajemmin työelämän laadun parantamiseen panosteta.

Työperäinen stressi

Työstressi on psykofysiologinen tila, joka lyhytaikaisena voi olla hyödyllinen, mutta pitkäaikaisena voi johtaa muun muassa työuupumukseen tai masennukseen. Työperäistä stressiä syntyy kun työn vaatimukset ja työn hallintamahdollisuudet eivät ole sopusoinnussa keskenään (Louhevaara, Järvelin, Louhevaara & Kotasaari 2013, 36). Pitkäaikainen stressi on raskas, epämiellyttävä ja uhkaava tunne. Työhön liittyvän stressin aiheuttamia tilanteita ovat paitsi harvinaiset tapahtumat myös ennen kaikkea merkittävämpänä pienet, päivittäistä stressiä aiheuttavat epämukavuustekijät, esimerkiksi poikkeamat työn odotetusta normaalikulusta. (Euroopan unionin komissio 2013, 176.) Dramaattisimmillaan ne ovat koko työtoiminnan keskeyttäviä luhistumisia, mutta tavallisimmin kyse on erilaisista työn sujuvuutta häiritsevistä esteistä, poikkeamista tai ongelmista. Lievimmillään häiriöt ovat vähäistä vastuksen lisääntymistä työn tekemisessä, eräänlaista ylimääräistä kohinaa. (Mäkitalo & Launis 2007, 72.) Työstressi vaikuttaa heikentävästi hoitajan koettuun hyvinvointiin lisäten työssä tapahtuvien virheiden, välikohtausten ja työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien määrää merkittävästi. Lisäksi työstressiin liittyy tyypillisiä terveyshaittoja esimerkiksi muistiin ja toimintakykyyn liittyviä suoriutumisen heikentymisiä sekä nukahtamiseen liittyviä ongelmia heikentäen työturvallisuuden lisäksi myös potilasturvallisuuden. (Ayas ym. 2006, 1055 – 1062; Elfering, Semmer & Grebner 2006, 457 – 469; Karhula ym. 2011, 4, 36.)

Työperäinen uupumus

Euroopan unionin komissio (2013, 176) määrittelee työuupumuksen tilaksi, jossa hoitotyöntekijän hyvinvointi heikkenee ilmeten mielialojen, asenteiden ja odotusten muuttumisena kielteisempään suuntaan sekä ammatillisen itsetunnon laskuna. Lisäksi se rasittaa työyhteisöä sekä heikentää työn tuloksellisuutta lisäten sairauspoissaolojen (Moreau ym. 2004, 507) lisäksi myös masennusriskiä. Masennus voi johtaa vaikeampiin mielenterveysongelmiin. Tämän vuoksi niiden varhainen tunnistaminen ja hoito ovat yksittäisen hoitotyöntekijän työhyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeää. (Wang 2005, 865; Lönnqvist 2009.) Noin neljän-

neksessä hoitotyöntekijöiden sairauspoissaolojen aiheuttajana ovat mielenterveyden häiriöt (Parantainen & Laine 2010, 17). Työssä uupuminen voi olla merkki siitä että työtä on liikaa tai ihmissuhteet työpaikalla ja niissä olevat muutokset, palkkaus ja oikeudenmukaisuus eivät ole kunnossa tai että hyvinvointia vahvistavia tekijöitä ei ole tarpeeksi työpaikalla (Ahola 2011, 22).

Työaika

Epäsäännölliset työajat ovat osassa hoitotyötä yleisiä ja vaikuttavat työntekijän sosiaalisiin suhteisiin ja työssä koettavaan hyvinvointiin, terveyteen ja työstä suoriutumiseen (Hakola & Kalliomäki-Levanto 2010, 3). Työaikalain tavoitteena on suojata työntekijän terveyttä ja turvallisuutta. Työ-aikalaissa (1996/605) määritellään enimmäistyöaika, lepoajat, vuosilomat ja yhtäjaksoisen työn kesto. Jaksotyöajasta, joka on hoitotyöntekijöiden yleisimmin tekemä työaika, on säädetty, että kolmen viikon aikana työn tuntimäärä saa olla enintään 120 tuntia ja kahden viikon 80 tuntia. Yövuoroja saa jakso-työssä teettää enintään 7 vuoroa peräkkäin. Ylitöitä saa teettää ainoastaan hoitotyöntekijän suostumuksella korkeintaan 250 tuntia kalenterivuodessa.

Euroopan unionin komission (2013, 196, 198) mukaan työajan kesto, työaikajärjestelyt ja työajan jakautuminen vaikuttavat merkittäväällä tavalla työntekijöiden työssään kohtaamien psykososiaalisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien esiintyvyyteen. Tutkimusten mukaan työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat kohtavat merkittävästi yhdeksän työtunnin jälkeen. Vuoro- ja yötyö voimistavat tätä vaikutusta entisestään. Dempen ym. (2009, 336 – 340) mukaan jopa 60 % sairaslomaan johtaneista työturvallisuustapahtumista tapahtuu vuorotyöhön liittyvästä väsymyksestä ja tahattomista nukahtamisista eli niin sanotuista mikronukkumisista ja tarkkaavaisuuden heikentymisestä.

Tutkimusten mukaan vuorokausirytmien häiriintymisellä ja heikentyneellä unen laadulla on vuoro- ja yötyössä yhteyksiä useisiin oireisiin. Vuorotyö, työssä kielteisiksi koetut asiat ja ennakko-odotukset työn korkeista vaatimuksista vaikuttavat unen laatuun heikentävästi ja sillä on todettu olevan merkitystä masennuk-

seen sairastumisessa. (Åkerstedt 2006, 493; Kompier, Taris & Veldhoven 2011.) Lisäksi kolmivuorotyö saattaa altistaa erilaisille sairauksille kuten sydän-sairauksille, syöväälle, diabetekselle sekä ruuansulatuselimistön sairauksille. Kolmivuorotyö voi lisätä painonnousun riskiä ja sydämen rytmihäiriöitä sekä sepel-valtimotaudin riski voi kasvaa jopa 40 %. (Hakola & Kalliomäki-Levanto 2010, 6; Batty, Hublin & Kivimäki 2011; Työterveyslaitos 2011.)

Hakolan ym. (2010, 390 - 394), Sallisen ja Kecklundin (2010, 121 - 123) ja Joycen, Pabayon, Critchleyn & Bambran (2010, 2) mukaan ergonomisella työvuorojen suunnittelulla nähtiin olevan positiivisia vaikutuksia hoitotyöntekijöiden fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen työssä koettavaan hyvinvointiin. Heidän mukaansa työvuorojen välisen vapaa-ajan pidentäminen paransi vireyttä, työssä jaksamista sekä unen määrää että laatua vaikuttaen sitä kautta myös työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien vähentymiseen. Mahdollisuuksien mukaan lähiesimiehen tuleekin tukea joustavia työaikoja, jotta tasapainottelu työn ja vapaa-ajan välillä helpottuisi. Koettu työaikojen ja vuorojärjestelyjen hallinta lisää työhyvinvointia ja on tärkeä voimavarojen ylläpitäjä.

Psyykkinen väkivalta, häirintä ja kiusaaminen

Korhosen (2009, 11) mukaan psyykkistä väkivaltaa, häirintää ja kiusaamista esiintyy jokaisessa työpaikassa. Palkansaajista 6 % eli noin 140 000 henkeä kokee olevansa psyykkisen väkivallan, häirinnän tai kiusaamisen kohteena. Työturvallisuuslaissa (2002/738) ei määritellä, mitä psyykkisellä väkivallalla, häirinnällä tai kiusaamisella tarkoitetaan niiden moninaisuuden vuoksi. Euroopan unionin komissio (2013, 187) ja Andersson ym. (2010, 2) määrittelevät sen tarkoittavan tiettyyn työntekijään tai työntekijäryhmään kohdistuvaa jatkuvaa, järjestelmällistä ja toistuvaa kielteistä kohtelua, loukkaamista, alistamista ja mitätöintiä uhaten kohteeksi joutuneen terveyttä ja turvallisuutta.

Psyykkistä väkivaltaa, häirintää ja kiusaamista ilmenee useammin työpaikoilla, joilla työnjaot ja vastualueet ovat epäselvät, työn tekemiseen liittyvistä toimintatavoista ja pelisäännöistä ei ole sovittu riittävästi. Lisäksi liian suuriryörymäärä

tai se on vaikeaa, tyytymättömyys esimiestyöhön ja työyhteisön huono ilmapiiri ja hoitotyöntekijöiden stressi altistavat psyykkiselle väkivallalle, häirinnälle ja kiusaamiselle. (Korhonen 2009, 11.) Epäasiallinen kohtelu voi olla sanallista tai sanatonta, ja se voi ilmetä eleinä tai ilmeinä. Psyykkiseen väkivaltaan, häirintään ja kiusaamiseen liittyy usein vallan käyttöä ja kohteeksi joutuneiden henkilöiden voi olla vaikeaa puolustautua. Termeinä ne mielletään lapsenomaiseksi, kypsymättömäksi käyttäytymiseksi ja siksi niiden ilmenemistä työpaikalla voi olla vaikea tunnustaa. Euroopan unionin komissio 2013, 187; Andersson ym. 2010, 2.) Anderssonin ym. (2010, 2) mukaan psyykkisen väkivallan, häirinnän ja kiusaamisen ilmenemismuotoja voivat olla edellisten lisäksi esimerkiksi, laiminlyönnit, vähättely tai sivuuttaminen, eristäminen, henkilön yksilöllisten ominaisuuksien, luonteenpiirteiden tai yksityiselämän mustamaalaaminen, uhkailu, työnjohtovallan ylitykset tai nöyryyttävä kohtelu, sovittujen ehtojen yksipuolinen muuttaminen sekä hoitotyöntekijän syrjiminen tai suosiminen. Kiusaaja voi olla kuka tahansa työyhteisön jäsenestä, potilaista, omaisista, vierailijoista lääkäreihin ja esimiehiin.

Yksittäisen työntekijän tasolla psyykkinen väkivalta, häirintä ja kiusaaminen aiheuttavat tavallisesti fyysisiä, psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita, kuten päänsärkyä, jännittyneisyyttä, verenpaineen nousua, vatsakipua ja nukkumiseen liittyviä ongelmia ja mielialan laskua. Näiden lisäksi seurauksina voivat olla sosiaalinen eristäytyminen ja työstä poissaolosta, eroamisesta tai erottamisesta johtuvat taloudelliset ongelmat. Psyykkinen väkivalta, häirintä ja kiusaaminen vaikuttavat kaikkiin työyhteisön jäseniin aiheutuen työympäristön negatiivisesta ilmapiiristä. Organisaation tasolla psyykkiseen väkivaltaan, häirintään ja kiusaamiseen liittyy poissaolojen lisääntyminen ja henkilökunnan vaihtuvuus vähentäen tehokkuutta ja tuottavuutta. (Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto 2002.) Tutkimusten mukaan kiusaaminen työpaikalla voivat lisätä hoitotyöntekijöiden halukkuutta työpaikan vaihtoon (Estry-Behar ym. 2008, 107 - 114; Farrell, Bobrowski, & Bobrowski 2006, 778–787).

Päihteiden käyttö

Päihteiden käytöllä tarkoitetaan päihdyttävien aineiden säännöllistä käyttöä, joka johtaa fyysiseen tai henkiseen riippuvuuteen. Sairaaloissa päihteiden käyttöön liittyvänä ongelmana voidaan pitää hoitotyöntekijöiden helppoa lääkkeiden saatavuutta. Tämä saattaa mahdollisesti aiheuttaa kiusauksen käyttää esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä psykososiaalisen stressin ollessa suuri. Päihteiden ja huumausaineiden vaikutus aiheuttaa merkittävän tapaturmariskin työntekijälle itselleen sekä muille työpaikalla työskenteleville. Päihteiden käytöllä, väkivaltaisuuksella ja tapaturmilla on selkeä yhteys. Päihteiden vaikutuksesta ihmisen liikumisen kontrolli huononee, muisti heikkenee, reaktioajat pitenevät sekä koordinaatio huononee lisäten kaatumis- ja putoamisvaaraa. Alkoholin ja päihteiden väärinkäytön voidaan odottaa olevan todennäköisintä alueilla, joilla stressipotentiaali on suuri ja lähiesimiesten ja työyhteisön jäsenten sosiaalinen tuki heikkoa. Työpaikkaan liittyvien tekijöiden lisäksi ei pidä myöskään sivuuttaa hoitotyöntekijöiden henkilökohtaisia elinoloja. (Euroopan unionin komissio, 2013, 203 – 205, 224.)

Työterveyshuoltolain (1383/2001) 11 §:n mukaan työnantajan on yhteistyössä henkilöstön kanssa laadittava kirjallinen päihdeohjelma. Päihdeohjelma on ohjeistus, jonka avulla voidaan ehkäistä ja hallita päihdehaittoja sekä vähentää päihteiden riskikäytön terveyshaittoja. Ohjelma helpottaa päihdeasioiden puheeksi ottamista ja antaa ohjeita ongelmatilanteiden selvittämiseen. Ohjelma liittyy yleiseen varhaisen ja aktiivisen tuen toimintamalliin.

3.2 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien yhteenveto

Salmisen mukaan (2011, 6) kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleisesti käytetty kirjallisuuskatsauksen tyyppi. Se on yleiskatsaus ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Käytetyt aineistot voivat olla laajoja eikä aineiston valintaa rajaa metodiset säännöt. Tässä kehittämissuorituksen ensimmäisessä osiossa kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla esitellään hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen ja

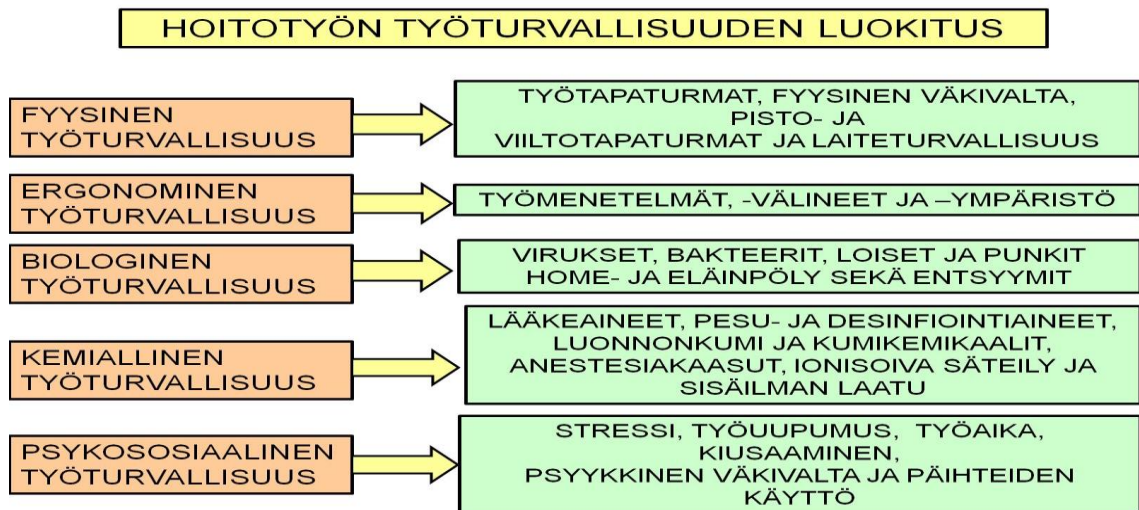
-poikkeamien jaottelusta aiempia tutkimuksia ja määritelmiä. Terveystieteiden tutkimuksissa hoitotyöntekijät altistuvat samaan aikaan monille erilaisille vaaroille. Lisäksi työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat painottuvat eri tavoilla erilaisissa toimintaympäristöissä. (Euroopan unionin komissio 2013, 108.)

Yhteenvetona voi todeta, että hoitotyön työturvallisuuden osa-alueista ei ollut saatavissa kuin yksi Pohjonen, Muuronen, Toikka ja Tamminen (2003, 16) mukainen jaottelu. Sairaanhoidopiireissä jaottelu perustuu usein Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämän "Riskinarviointi työpaikalla" -työkirjan arvioinnissa käytettyihin osa-alueisiin. Työkirjan osa-alueet ovat fyysiset kuormitustekijät, tapaturman vaarat, fyysinen kuormittuminen ja ergonomia, kemialliset vaaratekijät sekä henkinen kuormittuminen. (Parantainen, Soini & Salminen 2010, 17.) Vähämäen mukaan Varsinais-Suomen sairaanhoidopiirin työsuojelun osa-alueet ovat jaoteltu seuraavasti:

1. Fysikaalinen osa-alue esimerkiksi säteily, kosteus ja lämpötila
2. Kemiallinen osa-alue esimerkiksi altistuminen lääke- ja pesuaineille sekä palovaara
3. Biologinen osa-alue esimerkiksi tartuntavaara
4. Työergonomian osa-alue esimerkiksi työasento, nostot ja siirrot
5. Henkinen osa-alue esimerkiksi jaksaminen ja hyvinvointi
6. Työväkivallan osa-alue esimerkiksi potilaan, omaisen tai työntekijän toteuttama häiriköinti, uhkailu ja pahoinpitely
7. Tapaturmavaaran osa-alue esimerkiksi työmatkalla tai töissä
8. Kone- ja laiteturvallisuus esimerkiksi turvallinen käyttäminen

Pohjonen, Muuronen, Toikka ja Tamminen (2003, 16) jaottelevat hoitotyössä yleisesti esiintyvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien liittyvän fyysiseen kuormittumiseen, henkiseen kuormittumiseen, tapaturman vaaroihin, fyysikaalisiin tekijöihin ja kemiallisiin ja biologisiin tekijöihin.

Tutkimuksien ja artikkeleiden perusteella erilaiset hoitotyön työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat luokiteltiin hoitotyön työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvän kirjallisuuskatsauksen synteesiin perustuen. (Kuva 7)



Kuva 7. Työturvallisuuden luokitus (mukaillen Euroopan unionin komissio 2013; Sosiaali- ja terveysministeriö 2011,34; Parantainen & Laine 2010; Kauppila ym. 2010; Valtioneuvoston päätös 1155/1993; Euroopan työterveys ja turvallisuusvirasto 2003).

Kehittämiprojektin ensimmäisen osion kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tulokseksi hoitotyön turvallisuusluokituksen lisäksi hoitotyöhön liittyvien työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksia yksittäisen hoitotyöntekijän näkökulmasta (Kuva 8). Kuvassa olevien lisäksi työturvallisuuspoikkeamat aiheuttavat poissaolojen lisääntymisen myötä taloudellisia menetyksiä yksittäiselle hoitotyöntekijälle mutta myös organisaatiolle (Andersson ym. 2010, 2).



Kuva 8. Työturvallisuuspoikkeamien vaikutukset (Mukaillen Nummelin 2008, 16; Kirsten 2010; Euroopan unionin komissio 2013, 108, 220; Taskinen ym. 2006, 37 – 39; Moreau ym. 2004, 507; Suutarinen & Vesterinen 2010, 110)

3.3 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen

Työturvallisuuslain (738/2002) 10 § mukaan työnantajan on työn ja toiminnan luonne huomioon ottaen riittävän järjestelmällisesti selvitettävä ja tunnistettava työstä, työtilasta, muusta työympäristöstä ja työolosuhteista aiheutuvat työturvallisuusvaaran ja -poikkeaman aiheuttamat tekijät sekä, milloin niitä ei voi poistaa, arvioitava niiden merkitysöntekijöiden terveydelle ja turvallisuudelle. (Taulukko 1, 42) Terveydelle haitallisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen ja valmius siihen edistää terveyttä ja turvallisuutta työssä sekä ovat osaamiseen liittyviä taitoja, joita tarvitaan työelämässä. Lisäksi tarvitaan aitoa halua, yhteistä tahtoa ja toimintaa, jotta terveydelle haitallisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien pahimmat seuraukset voitaisiin minimoida. (Parvikko 2010, 15.) Groanen (2005) ja Korkon (2009) mukaan sairaaloissa tapahtuvaan terveyden edistämistöimintaan liittyy ristiriitoja, esimerkiksi hoitotyöntekijöiden työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyviä tekijöitä lähiesimiehet ja hoitotyöntekijät tunnistavat heikosti. Tähän saattaa olla vaikuttamassa se, että

sairaanhoidopiireissä on yleisenä menettelytapana viedä toimintayksiköiden työturvallisuusvaarojen yhteenvedot tulosalueen johdolle, työsuojeluorganisaatioon ja työterveyshuoltoon mutta ei toimintayksikköihin. Myös vastuiden ja tehtävän- jaon selkeys, tiedonkulku ja moniammatillinen yhteistyö ovat selkeästi riskienhallinnan kriittisiä kohtia. (Parantainen, Soini & Salminen 2010, 21, 24.)

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen tarkoituksena on tehdä työn suorittaminen sekä työpaikan työturvallisuuspuutteet näkyväksi ja luoda turvallinen työympäristö. Periaatteena on, että kaikki työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat sekä niiden aiheuttamat vahingot voidaan ennaltaehkäistä eivätkä ne ole hyväksyttäviä. Työturvallisuusvaaroja ei kuitenkaan aina voida täysin poistaa, mutta ne tulee kuitenkin tunnistaa. (Pohjonen ym. 2003,15; Halmeenmäki 2011.) Lähiesimiesten sitoutuminen työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien hallintakeinojen etsintään, kehittämistoimien toteuttamiseen sekä vaikuttavuuden arviointiin on ensiarvoisen tärkeää. Edellytyksenä kuitenkin on, että työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistus tehdään säännöllisesti ja yhdenmukaisesti. Se on selkeästi vaiheistettu prosessi, jonka vahvuutena voidaan pitää järjestelmällistä ja laaja-alaista työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamista. Prosessin toteutumisen edellytyksenä on selkeä ja kokonaisvaltainen työprosessien kuvaaminen, jotta tunnistus voidaan toteuttaa. (Pohjonen ym. 2003,15; Halmeenmäki 2011.) Työsuojeluorganisaatiolla on yleensä päärooli työturvallisuusvaarojen arviointiin liittyvässä koulutuksessa. Lisäksi joissain sairaanhoidopiireissä on hyödynnetty työterveyshuoltoa, työsuojelupiiriä tai ulkopuolisia konsultteja. (Parantainen, Soini & Salminen 2010, 18.)

Taulukko 2. Työturvallisuusvaarojen suuruuden ja seurausten arviointi (Työterveyslaitos. fi)

Todennäköisyys	Seuraukset		
	Vähäiset	Haitalliset	Vakavat
Epätodennäköinen	1 Merkityksetön riski	2 Vähäinen riski	3 Kohtalainen riski
Mahdollinen	2 Vähäinen riski	3 Kohtalainen riski	4 Merkittävä riski
Todennäköinen	3 Kohtalainen riski	4 Merkittävä riski	5 Sietämätön riski

Tietoa on usein hajallaan eri paikoissa, kuten työterveyshuollossa, työsuojeluorganisaatiossa ja henkilöstöosastolla. Työturvallisuusvaara ja -poikkeamatapahtumien tunnistamisen avulla voidaan ennakoida ja seurata työturvallisuuden kehittymistä ja siihen liittyvien toimenpiteiden vaikuttavuutta. (Pohjonen ym. 2003,15; Parantainen, Soini & Salminen 2010, 24; Halmeenmäki 2011.) Työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia voidaan tunnistaa työtä koskevien asiakirjojen ja dokumenttien avulla, tekemällä kyselyjä, haastattelemalla, havainnoimalla tai käyttämällä toiminnallisia menetelmiä ja ryhmäkeskusteluja sekä tarkistuslistoja (Työturvallisuuskeskus 2014b; Parvikko 2010, 15). Työnantajien on työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistuksen ja arvioinnin jälkeen, toteutettava käytännön toimenpiteitä suojellakseen työntekijöiden terveyttä ja turvallisuutta, pidettävä kirjaa työturvallisuustapahtumista, annettava tietoa ja tarjottava koulutusta, kuultava työntekijöitä sekä tehtävä yhteistyötä heidän kanssaan (Euroopan unionin komissio 2013, 15).

Davies ym. mukaan työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tarkastelu on erittäin monitahoinen ja vaikeasti määriteltävä asia. Siihen liittyy yksilön tarpeiden ohella myös vähemmän konkreettista mutta sitäkin vaihtelevampia tekijöitä kuten hoitotyöntekijöiden vapaa tahto, henkilökohtaiset valinnat, subjektiiviset ar-

viinnit ja mahdolliset taloudellisten edut (Davies, Ross, Wallace & Wright 2003, 4–8). Ongelmana työturvallisuusvaaran ja -poikkeaman tunnistamisessa saattaa olla se, että erilaisten uhkien kanssa on totuttu elämään, eikä niitä enää tiedosteta. Koska ihminen on taipuvainen korostamamaan positiivisia havaintojaan, mahdollistaa se, että negatiivisempia asioita ei haluta tai koeta tarpeelliseksi tuoda esille. Joskus ihmiselle on myös inhimillistä kieltää kokonaan tarpeeksi negatiivisen tilanteen olemassaolo. (Amalberti ym. 2006, 66 - 71; Flink, Reiman & Hiltunen 2007, 132.)

Fyysisten ja ergonomisten työturvallisuusvaarojen tunnistaminen

Sairauspoissaolot ovatkin tavallisin fyysisen ja ergonomisen terveyden ja hyvinvoinnin merkityksen mittari työelämä tutkimuksessa (Ervasti & Elo, 2006, 85). Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä 2006 toteutetun projektin tavoitteena oli työturvallisuuslain mukaisesti tunnistaa Pirkanmaan sairaanhoitopiirin lasten ja naisten toimialueen yksiköiden henkilöstöä koskevat vaara-, altistus- ja kuormitustekijät sekä potilaita koskevia vaaratilanteita. Tärkein vaarojen tunnistamisen menetelmä oli henkilökunnan tekemät kuvaukset erilaisista työssä ilmenevistä vaaratekijöistä. (Hyvärinen ym. 2009, 9; Murtonen & Tamminen 2007, 6; Euroopan unionin komissio 2013, 36.)

Biologisten ja kemiallisten työturvallisuusvaarojen tunnistaminen

Biologisten ja kemiallisten työturvallisuusvaarojen tunnistamiseen liittyy Euroopan unionin komission (2013, 89) mukaan käsien desinfiointiaineiden, ihonhoitotuotteiden ja suojavaatteiden käytön ja kulutuksen seurata. Työntekijöille tulee antaa runsaasti tietoa ja koulutusta tarvittavan hygienian noudattamisesta. Työntekijöiden käyttöön tuleekin järjestää helposti saatavilla olevia tehokkaita ihonhoitotuotteita, desinfiointituotteita ja pesuaineita. Lisäksi on tärkeää, että henkilökunta suhtautuu niiden käyttöön myönteisesti, sillä myönteinen suhtautuminen lisää hygieniamääräysten noudattamista. (Euroopan unionin komissio 2013, 55 - 56.) Kemiallisia aineita koskevien käyttöturvallisuustiedotteiden pitäisikin olla mahdollisimman ajantasaisia ja niitä tulisi käyttää työturvallisuus-

vaaran tai -poikkeaman havaitsemiseksi (Euroopan komissio 2013, 221). Kemi-allisten työturvallisuusvaarojen tunnistamisessa työpaikalla voidaan arvioinnissa erottaa työntekijän terveyteen liittyvä vaara, äkillisen onnettomuuden vaara sekä ympäristöön kohdistuva vaara. Valtioneuvoston asetus kemiallisista tekijöistä työssä 2001/715 edellyttää riskinarvioinnin tekemistä, jos työpaikalla esiintyy vaarallisia aineita tai ilman epäpuhtauksia.

Psyykkisen väkivallan, häirinnän ja kiusaamisen tunnistaminen

Jotta kiusaaminen ja häirintä työpaikalla voidaan lopettaa, se edellyttää tunnistamista ja tunnustamista (Korhonen 2009, 78). Lähiesimiehien koulutus psyykkisen väkivallan, häirinnän ja kiusaamisen tunnistamiseksi ja johdonmukainen puuttuminen niihin saattaa olla puutteellista. Työntekijän esille ottamat ongelmat liitetään usein hänen persoonaansa. (Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2013.) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (2006, 11) ja Anderssonin ym. (2010, 4) mukaan lähiesimiehen velvollisuuksiin kuuluu tarkkailla työympäristöä, työyhteisön toimivuutta ja työtapojen turvallisuutta. Työyhteisön tarkkailuun sisältyy myös sosiaalisen toimivuuden tarkkailu. Arjen havaintojen lisäksi erilainen työilmapiiri ja henkilöstökyselyt tai kehityskeskustelut voivat antaa lisätietoa työyhteisön tilasta.

3.4 Työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittaminen

Työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman aiheuttavista työoloista, koneista, laitteista ja työmenetelmistä on työntekijälle säädetty ilmoitusvelvollisuus sekä työturvallisuuslaissa (2002/738) että työsopimuslaissa (2001/55). Työturvallisuuslaki (2002/738) velvoittaa myös työntekijän mahdollisuuksiensa mukaan on välittömästi poistettava havaitsemansa vaaraa aiheuttavat viat ja puutteellisuudet. Tästä toimenpiteestä on tehtävä ilmoitus työnantajalle. Lähiesimiehen tulee kertoa ilmoituksen tehneelle työntekijälle ja työsuojeluvaltuutetulle tai työterveyshuollolle mihin toimenpiteisiin työntekijän ilmoittamassa asiassa on ryhdytty tai

aiotaan ryhtyä. Ellei ilmoitus lähiesimiehen mielestä aiheuta toimenpiteitä on myös siitä syytä ilmoittaa, muutoin tilanne jää epäselväksi.

Hoitotyöntekijöihin liittyvien työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvät tapahtumatiedot ovat arvioita koska niistä ilmoittaminen on hyvin vähäistä. Hoitotyöntekijään kohdistuneen työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman jälkeen koe-taan tutkintapyyntöä tekemisen luovan negatiivista työyhteisöön kohdistuvaa julkisuutta. Pelonaiheena on lisäksi ilmoituksen mahdollisesti johtavan kosto-toimiin. Työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman ilmoittamisen puute saattaa joh-tua hoitotyön ammatin luonteesta, raportin käsittelyn syyllistävästä tavasta ja kehittymättömästä turvallisuuskulttuurista. Lisäksi työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman ilmoittaminen voi vaikuttaa heikentävästi työpaikan omaksumat käytännöt, esimiesten ja työtovereiden väheksyvä suhtautuminen niihin tai nii-den pitäminen jopa itsestään selvyutenä työhön kuuluvana ominaisuutena tai ammattitaidon puutteena (Amalberti ym. 2006, 66 – 71; Korke 2009, 20; Piispa & Hulkko 2010, 14).

Myös Pietikäisen ym. (2010) mukaan terveydenhuollon organisaatiossa työtur-vallisuusvaara tai -poikkeama liitetään yksittäisen työntekijän huolimattomuuteen tai varomattomuuteen. Työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvä rajoitusten ja valvonnan lisääminen saattaa lisätä henkilöstön syyllisyyden tun-toa. Tämä puolestaan vähentää työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvi-en tapahtumien ilmoittamista. (Knuutila ym. 2007, 20.) Muita työyhteisöissä esiintyviä esteitä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoitusten tekemi-seen ovat vaikeaselkoiset toimintaohjeet, piittaamattomuus työturvallisuusvaa-roista ja -poikkeamista, ilmoitusten käsittelemättömyys. Keinoina näihin esteisiin mainitaan selkeät ja lyhyet ohjeet, avoin keskustelu, henkilöstökoulutus, sekä lakeihin perustuvia selvennyksiä kunkin oikeuksista ja velvollisuuksista. Työtur-vallisuusvaarasta tai -poikkeamasta ilmoittamisessa onkin tärkeää omaksua periaate, että on hyväksyttävää huomauttaa muiden turvattomasta käyttäytymi-sestä. Näin työturvallisuudesta tulee yhteinen asia työpaikalla. (Kinnunen, Keis-tinen, Ruuhilehto & Ojanen 2009, 12; Martimo, Antti-Poika, Uitti 2010, 146; Työ-turvallisuuskeskus 2013; Fagerstöm & Leino 2014, 3.)

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ehkäisyyn on terveydenhuollon käyttöön kehitetty tiedonkeruu- ja raportointimenettelyjä. Esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kehitetty TURPO-järjestelmä on tietotekninen työkalu työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamiseen ja se on tarkoitettu erityisesti terveydenhuollon käyttöön. HaiPro on potilasturvallisuutta vaarantavien tapahtumien ilmoittamismenettely ja tietotekninen työkalu jota ollaan laajentamassa työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamiseen. Toisaalta kuitenkin HaiPro:hon ilmoitetaan nykyisinkin esimerkiksi laitteiden käyttöön, tiedonvälitykseen ja viestintään sekä väkivaltaan liittyviä vaaratapahtumia. Tapaturmiin, väkivaltaan, tiedonvälitykseen ja viestintään liittyvien ilmoitusten osuus oli yhteensä neljäsosa kaikista ilmoitetuista tapahtumista vuosina 2007 - 2009. (Niskanen 2009, 24; Kinnunen ym. 2009, 15; Ruuhilehto ym. 2011, 1033.)

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimintakertomuksen mukaan sairaanhoitopiirissä on käytössä menettelytapa työssä tapahtuvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamiseen, käsittelyyn ja ilmoittamiseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 16). Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoitusten tiedoista on hyötyä vasta niiden järjestelmällisen analysoinnin jälkeen (Pietikäinen ym. 2010, 8). Järjestelmällinen työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittaminen helpottaa työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien hallintaa ja niiden ennaltaehkäisyä. (Kinnunen ym. 2009, 12).

Henkilö, joka ilmoittaa havaitsemansa työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman organisaatiossa olevan menettelytavan avulla voi olla vaaratapahtuman synnyssä mukana ollut tai sen havaitsija (Knuutila, Ruuhilehto & Wallenius 2007, 9). Hoitotyöntekijöillä tulee olla tiedossaan toimintatapa työturvallisuusvaarasta tai -poikkeamasta ilmoittamiseen sekä siihen liittyvät periaatteet. Kyseisiä periaatteita ovat muun muassa ilmoituksen perustuminen luottamuksellisuuteen sekä rankaisemattomuuteen. Rankaisemattomuus tarkoittaa, ettei ilmoitetun työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman seurauksena etsitä tapahtumaan syyllistä tämän rankaisemiseksi. Kuitenkin esimerkiksi asian selvittämiseen liittyvän prosessin kautta tapahtuma voi johtaa ammatillisen toiminnan arviointiin. (Knuutila ym. 2007, 9.) Työturvallisuusvaarasta tai -poikkeamasta ilmoittaminen tukee

työturvallisuuden kehittämistä. Lisäksi ilmoittamisen tulisi olla nopeaa ja helppo-käyttöistä sekä se tulisi toteuttaa jokaisessa organisaation toimintayksiköissä samalla tavalla. Edellytyksenä ovat että vastuut ja tehtävät organisaatiossa on määritelty ja ilmoittamien on järjestelmällistä. (Kinnunen ym. 2009, 11 - 12.)

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittaminen ei kuitenkaan kerro paljonko vaaratapahtumia tapahtuu, vaan se kertoo ainoastaan ne tapahtumat mistä ilmoitus tehdään. Toisaalta, jos ilmoittamiseen käytetään kahta eri järjestelmää, niin ilmoitettujen työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien järjestelmällinen analysointi ja tulosten käyttö saattaa olla vaikeaa. Yhtenä mahdollisuutena terveydenhuollossa tapahtuvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamisen hyödyntämiseen on tilastollisen tiedon kokoaminen valtakunnalliselle tasolle, jolloin kertynyttä tietoa on helppo käyttää terveydenhuollon työturvallisuuden kehittämisessä, suunnittelussa ja seurannassa. Tämän edellytyksenä on, että on olemassa yksi yhteinen vaaratapahtumien ilmoittamiseen liittyvä järjestelmä. (Knuutila ym. 2007, 20.)

Valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien tapaturmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla (317/2013) mukaan työntekijöiden on välittömästi ilmoitettava työnantajalle jokaisesta työturvallisuusvaarasta tai -poikkeamasta, johon liittyy terävä instrumentti. Pisto- ja viiltotapaturmiin liittyvän biologisen altistumisen ehkäiseminen on keskeinen toimintamalli työssä sattuvien tapaturmien tai infektioiden riskin poistamiseksi ja minimoimiseksi. Lääkintälaitteita koskevassa erityislainsäädännössä (Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) edellytetään muun muassa laitteiden tarkastusta ja vaaratilanteiden ilmoittamista valvovalle viranomaiselle.

3.5 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely mahdollistaa organisaation, työyhteisön ja yksittäisen työntekijän virheistä oppimisen mallin kehittymistä etenkin jos käsittely tapahtuu avoimesti ja rakentavasti. Toisaalta ilmoitettua

työturvallisuusvaara tai -poikkeamatapahtumaa voidaan käyttää valvonnan väli-
neenä tai hallinnollisiin toimiin yksilöä vastaan. (Kinnunen ym. 2009, 11.) Työyhteisötasolla työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely negatiivisella tavalla saattaa johtaa työyhteisön väsähtämiseen, työtehon heikkenemiseen ja asiatasolta tunnetasolle siirtymisen. Näiden seuraukset ilmenevät usein työtyytymättömyytenä, sairauslomien lisääntymisenä ja ilmapiiriin ja yhteistyöhön liittyvinä ongelmina. (Suonsivu 2008, 6.) Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittelyllä tulisikin pyrkiä työtehtävää toteuttavien hoitotyöntekijöiden työskentelyedellytysten parantumiseen ja heidän työturvallisuuttaan koskevan ymmärryksensä lisääntymiseen (Pietikäinen ym. 2010, 24; Manka ym. 2007, 4). Keskeistä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittelyssä on, että se toteutuu toimintayksiköissä avoimesti, syyllistämättä ja yhteistyössä hoitohenkilöstön kanssa. Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittelijöiden tulee huomioida, että ilmoituksen tekijät kaipaavat palautetta työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman käsittelystä. Työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista tehtävien ilmoitusten käsittelyyn liittyvien tuloksien informoinnin tulee olla säännöllistä. (Ruuhilehto ym. 2010.)

Fyysinen väkivalta

Chapmanin (2010, 191) ja Sosiaali- ja terveysministeriön (2011, 49) mukaan väkivaltatilanteen selvittäminen ja kokemusten läpikäyminen keskustelun avulla tukee merkityksen löytämistä tapahtuneelle ja auttaa työntekijää saavuttamaan nopeammin elämänhallinnan tunteen. Valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien tapaturmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla (317/2013) mukaan työnantajan on selvitettävä työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman syy ja vallinneet olosuhteet, kirjattava mitä on tapahtunut ja ryhdyttävä tapauksen edellyttämiin toimenpiteisiin vastaavan työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman estämiseksi.

Psyykkinen väkivalta, häirintä ja kiusaaminen

Monilla työpaikoilla on laadittu menettelytapaohjeita psyykkisen väkivallan, häirinnän ja kiusaamisen ennaltaehkäisemiseksi ja käsittelemiseksi. Näiden ohjeiden tunnettavuus on heikkoa, niitä ei osata hyödyntää tai niiden mukaan toimiminen on puutteellista. Psyykkiseen väkivaltaan, häirintään ja kiusaamiseen liittyvät työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat otetaan käsittelyyn pitkällä viiveellä eikä käsittelyssä paneuduta kokemuksen taustalla oleviin itse työhön tai työyhteisön toimivuuteen liittyviin epäkohtiin. (Etelä-Suomen aluehallintovirasto 2013.) Avainasemassa on lähiesimies, koska hänellä on valta ja vastuu puuttua kaikkiin työyhteisöissä oleviin ilmiöihin. Työyhteisössä psyykkistä väkivaltaa, häirintää ja kiusaamista ei tule hyväksyä missään olosuhteissa. (Anderson ym. 2010, 1; Korhonen 2010; Euroopan unionin komissio 2013). Korhosen (2010) mukaan kiusaaminen ja häirintä tulee dokumentoida hyvin, vaikka ei kantelua tai valitusta aikoisikaan tehdä. Myöhemmin on vaikea muistaa, miten asiat oikein menivät. Johdonmukainen kertomus on kiusatun ainoa mahdollisuus saada apua, sillä uupumus tai muut oireet saattavat tehdä mahdottomaksi palauttaa mieleen kaikkea tapahtunutta.

3.6 Yhteenveto työturvallisuusvaarojen ja –poikkeamien tunnistamisesta, ilmoitusmenettelystä ja käsittelystä

Kehittämiprojektin empiiriseen osioon liittyvän teorian mukaan työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen liittyviä asioita kirjallisuuden mukaan on muun muassa poissaolojen ja tapaturmien seurannat, terveys- ja hyvinvointikyselyt, suojarahustusten kulutusmäärät, työympäristön, työyhteisön tilanteiden ja työtapojen turvallisuuden tarkkailu sekä sosiaalisten suhteiden tarkkailu ja hoitohenkilökunnan kuvaukset erilaisista työssä ilmenevistä vaaratekijöistä. Ilmoittamismenettelyyn liittyviä huomioitavia asioita on muun muassa ilmoitusjärjestelmän hallintaan liittyvä koulutus, oikeudet ja velvollisuudet, selkeät ja lyhyet ohjeet, avoin keskustelu ja yhtenäinen toimintatapa. Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittelyyn liittyvissä asioissa kirjallisuudessa esiintyi syy-

listämättömyys, luottamuksellisuus, rankaisemattomuus, palautteen anto sekä avoin ja rakentava käsittely. (Työturvallisuuskeskus 2014b; Ervasti & Elo 2006, 85; Euroopan unionin komissio 2013, 36, 89; Andersson 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 11; Työturvallisuuslaki 2002/738; Fagerström & Leino 2014,3; Ruuhilehto ym. 2010.)

4 LÄHIJOHTAMINEN

Ihmisten johtamista on ollut niin kauan kuin ihmisiäkin. Johtajuus määritellään useimmiten toiminnaksi tai prosessiksi, jolla lähiesimies saa työyhteisön jäsenet toimimaan yhteisten tavoitteiden saavuttamiseksi. Siihen sisältyy suunnittelua, organisointia, kontrollointia, ongelmanratkaisua ja päätöksentekoa sekä myös itsensä johtamista. (Northouse 2004, 3; Piili 2006, 13; Grint 2011, 1-14.) Aarva (2009, 98) toteaa, että lähiesimies on työnjohtaja, jonka alapuolella on vähintään yksi hierarkkinen taso. McCarthyn & Fitzpatrickin (2009, 346 – 350) mukaan henkilöstöjohtamisen osaaminen muodostuu arvo-osaamisesta, persoonallisesta osaamisesta, henkilöstöhallinnosta ja sosiaalisesta osaamisesta. Persoonallisen osaamisen osa-alueita ovat muun muassa itsensä johtaminen ja selviytymistaidot. Persoonallinen osaaminen ilmenee avoimuutena, rehellisyytenä, tunneälykkyytenä, itseluottamuksena, rohkeutena ja läsnäolona ammatillisessa roolissa. Johtajuuteen voidaan liittää lisäksi eettisyys, koska toisiin ihmisiin vaikuttaminen on vallankäyttöä ja arvovalintoja. Tämän johdosta johtajuutta voidaan arvioida hyvän ja pahan, oikean ja väärän, oikeudenmukaisuuden ja epäoikeudenmukaisuuden valossa. (Manka ym. 2007, 8; Northouse 2004, 302, 306 – 307.)

Aina lähiesimiehenä toimiminen ei ole helppoa, josko koskaan. Johtajuus vaatii tietoa, taitoa ja rohkeutta, mutta myös herkkyyttä huomioida työyhteisön työturvallisuuden tilanne. Eteen voi tulla mitä moninaisimpia ongelmia ja tilanteita, resurssien puutteita ja organisaation muutoksiin liittyviä tekijöitä, joita ei aina pysty välttämään. Nämä voivat olla vaikuttavina tekijöinä hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoitusmenettelyyn ja

käsittelyyn puutteisiin. (Damon & Bronk 2007, 27 – 28; Bondas 2010, 447 – 486; Lynas 2012, 34 – 37.) Lähiesimiehet eivät kuitenkaan aina saa organisaation johdolta tarvitsemaansa tukea pyrkiessään innostamaan hoitohenkilökuntaa jatkamaan, ja heille annetaan harvoin tunnustusta sen mukaan miten hyvin he pystyvät pitämään hoitotyöntekijöitään työssä (Cohen 2006, 233 – 245).

4.1 Työturvallisuuden johtaminen

Ilman jokaisen työyksikön ja työntekijän panosta millään työturvallisuuden ulkoisella johtamisella ei todennäköisesti saada aikaan merkittävää muutosta. Vastaavasti taas työyksikössä ja työntekijöillä tulee olla käytettävissään työturvallisuuteen liittyvää tietoa ja osaamista. Ilman työyksikötason selkeää ja suunnitelmallista toimintaa jäädään helposti reagoimaan jo syntyneisiin ongelmiin, jotka olisivat ehkäistävissä ennakoivalla toiminnalla, mutta joiden käsittely jälkikäteen voi muodostua hyvin hankalaksi. (Suutarinen & Vesterinen 2010, 55) Työturvallisuuden johtaminen on kokonaisvaltaista turvallisuuden hallintaa, jossa yhdistyy menetelmien, toimintatapojen ja ihmisten johtaminen (Kallio, Airila & Lusa 2010, 12).

Työturvallisuuslaissa keskeiseksi käsitteeksi on nostettu työturvallisuusjohtaminen, joka korostaa lähiesimiesten roolia työturvallisuuden johtamistyössä. Toinen keskeinen lain sisältö liittyy työnantajan velvollisuuteen selvittää ja arvioida työn vaaroja. (Salminen, Ruotsala, Vorne & Saari 2007, 15.) Vaikka lähiesimies on juridisesti työnantajan edustaja, hänen tulee toimia myös työntekijöiden edustajana ylemmälle johdolle. Lähiesimies toimii suodattimena näiden kahden ryhmän välissä. (Arikoski & Sallinen 2007, 85.) Kunkin lähiesimiehen vastuulla on toimivaltansa rajoissa alaistensa työolosuhteiden turvallisuudesta ja terveellisyydestä huolehtiminen sekä yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen. Asiantuntijaorganisaation, joiksi terveydenhuollon toimintayksiköt voidaan määritellä, johtamisen haasteena on alaisten asiantuntijuus. Asiantuntijan, jolla on koulutusta ja kokemusta, koetaan olevan alaisena riippumaton, tottelematon,

palautetta ja perusteluja vaativa sekä helposti puolustautuva. (Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 30, 54–55.)

4.2 Osaamisen johtaminen

Johtamisen ydintehtävä on johtaa osaamista ja sen kehittämistä, luoda tahtoa ja sopivia olosuhteita päämäärän edistämiseksi, resurssien varmistamista ja työntekijöiden motivaation, osaamisen ja hyvinvoinnin edistämistä. Työturvallisuus-toiminnan perustuessa henkilöstön osaamiseen ja motivaatiotasoon, osaamisen kehittämisessä on tärkeää se, kuinka tätä osaamista johdetaan päivittäisessä esimiestyössä. Eri hoitotyön työyksikköjen tehtävät saattavat erota merkittävästi toisistaan. Näiden osalta on olennaista tarkastella sitä, miten esimiehet osaavat määritellä oman työyksikkönsä työturvallisuuteen liittyvät osaamisvaatimukset. Lisäksi on syytä tarkastella miten ne osataan suhteuttaa koko organisaation työturvallisuustavoitteisiin ja millaisia keinoja esimiehillä on työturvallisuus-osaamisen vahvistamiseen. (Janakka 2009.) Työhyvinvoinnin osaamisen johtamisen voi katsoa olevan yleisnimitys johtamistavalle, joka ottaa huomioon työntekijöiden työturvallisuuden, työkyvyn ja työssä jaksamisen, yksilökohtaiset edellytykset ja ominaisuudet sekä organisaation, työyksikön suhteiden ja työn tekemisen hallinnan. (Kantola ym. 2009, 4.)

Lähijohtajuuden vaikutus työhyvinvointiin

Hyvinvointi käsitteenä on moniulotteinen. Se voi viitata yksilön hyvinvointiin tai yhteisötason hyvinvointiin. Yksilön hyvinvoinnilla tarkoitetaan työntekijän mahdollisuutta saada keskeiset tarpeensa tyydytetyksi fyysisellä, psyykkisellä ja sosiaalisella tasolla. Ihmisellä on luontainen tarve olla osana yhteisöä tai ryhmää. Erilaisia yhteisöjä ovat esimerkiksi perhe, työyhteisö, ystäväpiiri sekä asuinyhteisö. Yhteisötason hyvinvointiin liittyy siihen kuuluvien ihmisten elintaso, elämänlaatu, tyytyväisyys ja onnellisuus. Työhyvinvointi on ihmisen työyhteisössä kokemaan hyvinvointia. (Suonsivu 2008, 5.) WHO:n (2009) mukaan mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa henkilö toteuttaa omia kykyjään eli selviytyy normaaleista kuormitustilanteista, työskentelee tuottavasti ja kykenee

vaikuttamaan omaan työyhteisöönsä. Tässä myönteisessä mielessä mielenterveys on perusedellytyksenä yksilöiden ja työyhteisöjen hyvinvoinnille ja tuloksekkaalle toiminnalle. Käsite työhyvinvointi pitää sisällään useita eri ulottuvuuksia. Blomin ja Hautaniemen (2009, 21) määritelmän mukaan työhyvinvointi tarkoittaa työturvallisuutta, palkkauksen tasoa, fyysistä terveyttä ja työkykyä, stressin ja uupumuksen välttämistä, tyytyväisyyttä työhön ja työpaikkaan, työpaikan ihmissuhteita ja työilmapiiriä, innostusta omaan työhön, työstä saatavaa henkistä tyydytystä, sekä työpaikan ja muun elämän välistä tasapainoa.

Työssä koettavan hyvinvoinnin tunnetta edistävät luovuuden tukeminen ja ylläpitäminen sekä luottamuksen rakentaminen ja avoimuus tiedonkulussa ja viestinnässä. Myös organisaation tuki on tärkeä sillä kun työntekijät kokevat, että heitä tuetaan ja arvostetaan, he ovat työhönsä tyytyväisempiä ja kokevat vähemmän työhön liittyvää stressiä. (Haybatollahi 2009, 37; Kääriäinen, Törmä, Torppa & Paasivaara 2009, 45.)

Hyvä lähiesimies pyrkii aktiivisesti lisäämään työntekijöidensä yhteistyötaitoja ja antaa mahdollisuuden toteuttaa niitä käytännössä. Toisaalta työntekijän hyvätkään työn hallintakeinot eivät auta, jos lähiesimies ei suostu edistämään työntekijän pyrkimyksiä vaikuttaa työympäristöönsä. Etäinen lähiesimies nolaa nopeasti työntekijän mahdollisuudet toteuttaa hyvää yhteistyötaitoa. Luottamuksen syntyminen ihmisten välille edellyttää aina kokemuksia toisen toimintatavoista, johtamisen oikeudenmukaisuuden toteutuminen taas kuuntelutaitoista lähiesimiestä. Lähiesimiehen aktiivinen vuorovaikutus alaistensa kanssa on ehtona luottamuksen syntymiseen ja oikeudenmukaisuuden toteutumiseen. Työhön liittyvät hallintakeinot ovat lähiesimiehellä virallisen tai epävirallisen valtaasetelman takia aina monipuolisemmat. Tämä lisää hänen vastuutaan yhteistyötaitoja edistävään toimintaan. Ihmisen arvostuksen tai subjektina ymmärtämisen voidaan nähdä muodostavan yhden keskeisen ulottuvuuden eettisesti kestäväälle henkilöstöjohtamiselle. (Hätönen 2011, 8; Viitala 2007, 270; Hargreaves & Fink 2006; Lowry 2006, 171–183; Työsopimuslaki 2001.)

Valtiokonttorin (2009, 9) mukaan työhyvinvointi syntyy töissä, töitä tekemällä. Se on sekä yksilön että työyhteisön kokemus, ja sitä luodaan yhdessä. Työhy-

vinvointi edellyttää osaamisen ja työn hallintaa sekä osallisuutta, jolloin hoitotyön lähiesimiesten merkitys työssä koettavan hyvinvoinnin lisääntymisessä on erittäin merkittävä johtamisen alue. (Euroopan unionin komissio 2013, 25; Mäkipää, Laaksonen, Saarinen & Miettinen 2012.) Lähiesimiesten johtamisen yhteyttä työhyvinvointiin on tutkittu myös hoitotieteessä. Tutkimuksen mukaan osallistava ja vuorovaikutteinen johtaminen nähdään merkityksellisenä työhyvinvoinnin kannalta. Aktiivinen ja tulevaisuusorientoitunut lähiesimies vaikuttaa koko työympäristöön, ja hän kannustaa henkilöstöä kehittämään itseään ja omaa työtään. (Rauramo 2008, 122; Kanste 2011.) Työhyvinvoinnin hallintaa tukevan lähiesimiehen johtamisen seurauksena työntekijällä on mahdollisuus tehdä valintoja, jotka tukevat optimaalista suoriutumista työssä ja kehittävät työntekijän työturvallisuuteen liittyviä taitoja, työn laatua sekä tuottavuutta (Kantolahti & Tikander 2010, 3).

Työntekijä ja työhyvinvointi

Työhyvinvoinnin tutkimus on usein tutkimusta epäkohtien ja vaaratekijöiden näkökulmasta, joka antaa suppean näkökulman ja negatiivisen käsityksen työhyvinvoinnista. Tämän takia voidaan pitää tarpeellisena löytää työstä positiivisia ulottuvuuksia, jotka tuottavat hoitotyöntekijälle hyvää vointia ja tukevat työssä jaksamista, kannattelee työssä ja tekee siitä mielekkään eli työn imua. (Kanste 2011; Hakanen 2009; Rauramo 2008, 145 - 146.) Nykyisin hoitotyöntekijöiltä odotetaan yhä useammin innovatiivisuutta, yhteistyön sujuvuutta, aloitteellisuutta, jatkuvaa osaamisen kehittämistä ja vastuunottoa työn suorittamisesta. Työhön liittyvät voimavarat on yleensä yhdistetty positiiviseen työssä koettavaan hyvinvointiin ja työn vaatimukset yleensä työssä koettavaan pahoinvointiin. Esimerkiksi työuupumuksessa yhdistyy työntekijän terveydelle ja hyvinvoinnille sekä organisaation sitoutumiselle ja työssä suoriutumisen haitallisiin vaikutuksiin, kun taas työn imu edistää yksilön hyvinvointia, sitoutumista, yritteliäisyyttä ja työssä suoriutumista. Tutkimuksissa on todettu erilaisten työn voimavarojen, esimerkiksi työn itsenäisyyden ja kehittämisen, työn tulosten näkemisen ja saadun palautteen, työyhteisön ja lähiesimiehen tuen ja arvostuksen olleen toistuvasti myönteisessä yhteydessä työn imuun (Bakker & Demerouti 2007.) Tutki-

muksellisesti kysely- tai haastattelumenetelmiä käyttäen tai käytännönläheisesti esimerkiksi työpajatyöskentelyn keinoin on mahdollista saada käsitys työyhteisön voimavarojen tilasta ja tarpeista etenkin jos katsotaan esimerkiksi työuupumuksen ja työn imun olevan saman asian ääripäitä. (Christensen ym. 2012; Hakanen 2009)

Rehnbäckin ja Keskinen tutkimusraportin (2005, 6) mukaan lähiesimies luo kunkin työntekijän kanssa oman, ainutlaatuisen esimies-työntekijäsuhteen ja lähiesimiehellä ei ole yhtenäistä, kaikkia työntekijöitä koskevaa johtamistyyliä. Sekä lähiesimiehellä että työntekijällä on mahdollisuus vaikuttaa syntyvään vuorovaikutussuhteeseen. Jotta työntekijän vaikutusmahdollisuudet voisivat toteutua ja tuottaa hyvinvointia, lähiesimiehen on suostuttava ja sitouduttava vuorovaikutukseen. Lähiesimies tai työntekijä ei yksinään saa aikaan onnistunutta johtajuutta tai työssä koettavaa hyvinvointia, vaan niihin tarvitaan molempien myötävaikutusta.

Utraisen, Ala-Mursulan ja Vironkannaksen (2011) mukaan hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin nähdään tutkimusten mukaan kytkeytyvän neljään teemaan joita ovat kohdesidonaisuus, eettinen näkökulma, yhteisöllisyys ja työhön asennoituminen. Heidän mukaansa eettisen ajattelun ja käytännön toiminnan väliset ristiriidat ovat haitallisia hoitajille. Hoitotyöntekijän kannalta olisi edullisinta, että hän saisi tehdä työnsä hyvin ja kokea ammattitilpeyttä. Yhteisöllisyydessä korostuu toinen toistensa huomioon ottaminen. Työhön asennoituminen nousee esille tarkasteltaessa eri-ikäisten työntekijöiden asennoitumista työhön. He toteavatkin että, nuoremmille hoitotyöntekijöille työ ei ole enää välttämättä yhtä tärkeää kuin vanhemmille hoitotyötä tekeville ikäluokille.

Aikaisempien tutkimusten mukaan hoitotyön lähiesimiehillä on merkitystä hoitohenkilöstön pysyvyydelle (Anthony ym. 2010). Flinkmanin (2014, 5) tutkimuksen mukaan enemmän kuin joka neljäs nuori sairaanhoitaja aikoo jättää työnsä. Jos hoitotyöntekijöitä ei kuunnella eikä tueta uransa alkuvaiheessa, todettiin sen olevan yksi keskeisimpiä syitä työstä lähtemiseen (MacKusick & Minick 2010). Hoitotyöntekijöiden pysyvyyteen voidaan Flinkmanin (2014, 5) ja Euroopan unionin komission (2013, 172) mukaan vaikuttaa kiinnittämällä huomiota henki-

lökunnan riittävyteen, tasapainoisempaan työssä koettavaan kuormittavuuteen, työhön liittyvän stressin vähentämiseen sekä hoitotyöntekijöiden uralla kehittymiseen ja etenemiseen. Lähiesimiehen henkilöstöjohtajuuden osa-alueella korostuvatkin ihmissuhteet ja työntekijöiden asenteet. Hyvä lähiesimies saa työntekijät sitoutumaan ja toimimaan oma-aloitteisesti. (Metcalf & Woodhams 2008.)

Hoitotyöntekijöiden osallisuus

Työntekijät tuntevat paitsi työhön liittyvät ongelmat myös omat voimavaransa työtehtäviään hoitaessaan. Heidän osallistumisensa parantaa merkittävästi toteutettavien ennaltaehkäisevien työturvallisuuteen liittyvien toimenpiteiden vastaanottoa työntekijöiden keskuudessa ja voimistaa niiden pitkäaikaisia vaikutuksia. Tutkimusten mukaan työssä koettava hyvinvointi, myönteinen työilmapiiri ja eri ammattiryhmien välinen yhteistyö ovat vetovoimaisten sairaaloiden tunnusmerkkejä (Euroopan unionin komissio 2013, 25; Mäkipää, Laaksonen, Saarinen & Miettinen 2012.)

Työn hallintaan kuuluu myös työntekijän mahdollisuus vaikuttaa omiin työaikoihinsa. Työntekijöiden osallistumista omaan työvuorosuunnitteluunsa, ns. yhteisöllistä työvuorosuunnittelua, kutsutaan työaika-autonomiaksi. (Halkola 2010, 49.) Vuoro- ja yötyö on itsessään työntekijöille hyvin kuormittavaa. Siksi työntekijät on erityisen tärkeää ottaa mukaan työvuorolistojen suunnitteluun. Yksilölliset tekijät pitäisi ottaa mahdollisimman pitkälti huomioon. (Euroopan unionin komissio 2013, 201.) Hyvän työvuorosuunnittelun lähtökohtana on, että työajat suunnitellaan siihen työhön, mitä ollaan tekemässä, ja niille työntekijöille, jotka työtä tekevät. Hyvä työvuorosuunnittelu toteuttaa lait ja virka- ja työehtosopimukset, huomioi taloudelliset ja työn vaikuttavuuteen liittyvät seikat, eri työntekijöiden yksilölliset tarpeet sekä terveys- ja turvallisuusseikat. (Hakola & Kalliomäki-Levanto 2010, 10.)

Turvalliset toimintatavat, asianmukainen suojainten käyttö ja työturvallisuusvaara ja -poikkeamatilanteisiin sekä turvallisuuspuutteisiin huomion kiinnittämisen tulisi olla jokaisen velvollisuus, eikä työturvallisuudesta pitäisi tinkiä ajan sääs-

tämiseksi. Työturvallisuusasenteiden toiminnallinen puoli näkyy sääntöjen ja määräysten noudattamisessa. Esimerkiksi suojavälineiden käytön laiminlyönti osoittaa huonoa tai puutteellista työsuojeluasennetta tai tietoa. Huono asenne on hyvin usein osasyynä työturvallisuusvaara ja -poikkeamatapahtumien syntyyn. (Martimo ym. 2010, 146.)

4.3 Lähijohtamiseen liittyvät hyvät käytännöt

Terveysturvallisuuden työturvallisuutta voi parantaa enemmän henkilöstön dynaaminen, moniammatillinen yhteistyö kuin yksilötason huippuosaamiseen panostaminen. Avoin keskusteluilmapiiri ja henkilöstön saumaton ryhmätyöskentely ovat avainasemassa yhteisen työturvallisuuden luomisessa. (Barach & Berwick 2005, 756 – 757.) Hyvä ja turvallinen työympäristö syntyy ensisijaisesti työpaikan omin voimin. Hyvät työyhteisötaidot liittyvät olennaisena osana tämän päivän hoitotyön osaamiseen. Työyhteisössä tarvitaan yhteisiä pelisääntöjä siitä, miten luodaan ja ylläpidetään hyvää työturvallisuusilmapiiriä. Pelisääntöjen avulla edistetään myönteistä ja avointa vuorovaikutusta ja ennaltaehkäistään ristiriitoja. Se, millaiseksi kunkin työyhteisön työturvallisuuskäytännöt ja niihin liittyvät pelisäännöt muodostuvat, riippuu johdon, lähiesimiesten, hoitotyöntekijöiden ja heidän edustajiensa asenteista ja kyvyistä kehittää työympäristöä. Työturvallisuuden tasoon vaikuttaa suuresti se, minkä arvon johto, esimiehet, hoitotyöntekijät ja heidän edustajansa sille antavat sekä siitä, miten työturvallisuuteen liittyvät vaarat ja poikkeamat otetaan huomioon työpaikan eri toimintajärjestelmissä ja työkäytännöissä. Erityisesti johdon ja etenkin lähijohtajuuden sitoutuminen työturvallisuuden ylläpitämiseen ja edistämiseen koetaan tärkeäksi. (Kämäräinen 2006, 14 – 15; Österberg 2009, 165; Andersson ym. 2010, 2.)

Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä on laatinut työhyvinvointisopimuksen, joka on uutta suomalaisessa työelämässä. Se on työhyvinvoinnin edistämisen ja johtamisen työväline. Työhyvinvointisopimuksen tavoitteena on, että työhyvinvoinnin edistämisestä tulee osa jokapäiväistä työtä. Työhyvinvointisopimuksen sisältö perustuu Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja

sosiaalipalvelujen kuntayhtymän strategiaan 2010 – 2013 (2020). Tehdyssä sopimuksessa on pelisäännöt, kuinka työssä koettavaa hyvinvointia edistetään. Siinä myös määritellään työhyvinvoinnin ja työolojen turvallisuuden sekä terveellisyden edistämisen tavoitteet, keinot ja eri osapuolten roolit. (Kuiiri 2011, 2 – 4, 12.) (Kuva 8, 58)

Jotta kaikilla työntekijöillä olisi mahdollisuus arvioida ja käsitellä työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyviä kokemuksiaan, tuleekin ensin vahvistaa yhdenvertaisuutta, minimoida syrjinnän ja eriarvoisuuden käytännöt. Seuraavaksi tulisi säädellä kilpailua asemista ja paremmuudesta, tulisi tukea kaikkien urakehitystä, hyväksyä erilaiset työ- ja toimintatavat, sallia epäonnistuminen ja virheet, uupuminenkin. Yksilöllisen suoriutumisen ja vastuun korostuksen lisäksi olisi tärkeitä korostaa viestintää, kuuntelemisen taitoa, keskinäisen tuen ja arvostuksen merkitystä. Ellei tällaisia työyhteisön sisäisiä valmiuksia synny, työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvistä kokemuksista aletaan vaieta, ne kielletään tai ne alkavat vääristyä. Tällöin työyhteisössä ei tapahdu työturvallisuusvaaroista oppimista. (Kaartinen 2011, 29; Parvikko 2010, 16.)

4.4 Työhyvinvointiin liittyviä tekijöitä yhteenveto

Alla olevassa taulukossa (3) on koottu yhteen teoriaan perustuvia hoitotyössä koettavaa hyvinvointia lisääviä tekijöitä lähiesimiesten ja hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Työhyvinvoinnin lisäämisen yhteys työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien esiintymiseen ja vaikutusten vähenemiseen on esimerkiksi Nummelinin (2008, 16) mukaan olemassa.

Taulukko 3. Työhyvinvointiin liittyvät tekijät (Mukaihen Suutarinen & Vesterinen 2010, 55; Parvinen, Lillrank & Ilvonen 2005, 30, 54–55; Haybatollahi 2009, 37; Hätönen 2011, 8; Bakker & Demerouti 2007; Kaartinen 2011, 29; Österberg 2009, 165 & Martimo ym. 2010, 146.)

Työhyvinvoinnin lisääminen	
Lähiesimies	Hoitotyöntekijä
Työhyvinvoinnin johtaminen <ul style="list-style-type: none"> • Työturvallisuus • Työkyky ja työssä jaksaminen • Työnhallinta • Suunnitelmallisuus ja ennakointi Avoimuus tiedonkulussa ja viestinnässä Osallistava johtaminen (Työaika...) Luovuuden tukeminen Arvostus ja tukeminen ja kannustaminen Yhteistyötaidot <ul style="list-style-type: none"> • Luottamus • Oikeudenmukaisuus • Tasa-arvoisuus • Aktiivinen vuorovaikutus ja palautteen anto • Eri ammattiryhmien välillä • Kuuntelutaidot 	Työn itsenäisyys Oman työn kehittäminen Oman työn tulosten näkeminen Palautteen saaminen Saatu tuki, kannustus ja arvostus Asenne omaan työhön ja sen turvallisuuteen Erilaisten toimintatapojen hyväksyminen Yhteistyötaidot Pelisäännöt yhteistyössä lähiesimiehen kanssa.

Työkyvyn heikkenemisen varhaiseen tunnistamiseen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tähän tarvitaan lähiesimiehen, työterveyshuollon ja työntekijän saumatonta yhteistyötä. Varhaisen puuttumisen perusajatuksena on, että alempien tasojen tapahtumat heijastuvat ylemmille tasoille, jolloin riskit vakavoituvat. Tavoitteena on vaikuttaa juuri alimmalla tasolla työyhteisön tai yksittäisen työntekijän työhyvinvointiin vaikuttaviin tapahtumiin. (Valtiokonttori 2007, 8; Kantola 2009, 3.) Varhaisessa puuttumisessa lähiesimiehen tai työyksikön jäsenen oikeus ja velvollisuus on ottaa puheeksi havaitsemansa työturvallisuuteen liittyvän ongelmallisen tilanteen. Tämän jälkeen asiaan puututaan ennen kuin tilanne muodostuu vaikeammaksi ratkaista. Varhaista puuttuminen on silloin, kun toimitaan ensimmäisten oireiden perusteella. Puheeksi ottaminen tapahtuu ensin lähiesimiehen ja työntekijän kesken ja tarvittaessa työterveyshuollon mukaan

ottamisena. Työturvallisuuteen liittyvässä esimiehen ja työntekijän välisessä keskustelussa käydään läpi kummankin näkemyksiä tilanteesta. Tärkeää on arvioida ja keskittyä niihin asioihin, jotka ovat työntekijän työtehtävien työturvallisuuden kannalta olennaisia. Varhaisen puuttumisen toimintamallissa on erityisen tärkeää sopia ja aikatauluttaa ja kirjata jatkotoimenpiteet ja seuranta. (Valtiokonttori 2007, 8.)

Varhainen puuttuminen on tarpeen, jos työntekijän:

- Poissaolokäyttäytymisen muuttuminen.
- Perustehtävän hämärtyminen.
- Työn laatu ja työsuoritus ovat heikentyneet.
- Ammatillinen taantuminen ja aloitekyvyttömyys, innottomuus ja avuttomuus työssä.
- Työn ja vapaa-ajan hämärtyminen.
- Jännittyneisyys, ahdistuneisuus, masentuneisuus.
- Vuorovaikutusongelmat, ärtyneisyys, vihan tunteet.
- Muutokset käyttäytymisessä, esimerkiksi syrjäänvetäytyvyys.
- Esimiehellä/työtovereilla voi olla intuitio/sellainen olo, että jotakin pitäisi tehdä.

(Valtionkonttori 2007, 22).

Varhaisen puuttumisen mallissa lähiesimiehen tulisi määritellä työyhteisön toiminnan tavoitteet, seurata ja säädellä työkuormitusta, ohjeistaa vuorovaikutuskäytännöt, arvostaa ja kannustaa työntekijöitä, vastata työolosuhteista ja välineistä sekä työturvallisuudesta, toimia tasa-arvoisesti ja rakentaa avointa ilmapiiriä omalla esimerkillään eli laatia työyhteisön pelisäännöt. (Kantola 2009, 3).

4.4.2 Perehdytys

Perehdyttämisellä tarkoitetaan kaikkia niitä toimenpiteitä, joiden avulla uusi työntekijä oppii tuntemaan työpaikkansa, sen käytännöt, ihmiset ja työnsä sekä

siihen liittyvät odotukset. Perehdyttämisellä on suuri merkitys oppimisen, työssä viihtymisen ja hyvinvoinnin sekä työyhteisöön sopeutumisen kannalta. Lisäksi perehdyttämisen avulla voidaan vaikuttaa työn sujuvuuteen ja työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien vähenemiseen. (Dunn 2012, 131; Rainio 2005, 5; Piili 2006, 124; Penttinen & Mäntynen 2006, 3; Työturvallisuuskeskus 2009.) Lisäksi perehdyttämisen voi katsoa olevan sosiaalistumisen ja työyhteisön sosiaalisen pääoman lisäämisen väline sekä hyvällä perehdytyksellä organisaatio voi hankkia myös kilpailullista etua ja parempaa julkisuuskuvaa (Peutere 2006, 1; Lepistö 2004, 159; Lahti 2007, 29 – 30). Työyhteisön sosiaalisella pääomalla tarkoitetaan työyhteisössä esiintyvää luottamusta, yhteisöllisiä arvoja ja normeja, aktiivista toimintaa yhteiseksi hyväksi sekä sosiaalisia verkostoja työyhteisössä (Suonsivu 2011, 13).

Flinkmanin (2014, 5) ja Lahden (2007, 2) tutkimuksien mukaan sairaanhoitajat odottavat saavansa perehdytystä tai mentorointia saapuessaan uuteen työyhteisöön. Työsuojeluasioihin perehdyttäminen on lakisääteistä ja vastuuta sen hoitamisesta lähiesimies ei voi työantajan edustajana siirtää kenellekään. Työturvallisuuslaissa (738/2002) on määritelty työnantajan velvollisuudesta antaa työntekijälle riittävät tiedot työhön liittyvistä työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista sekä huolehtia työnopastuksesta työntekijän ammatillinen osaaminen ja työkokemus huomioon ottaen. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön toimintaohjelmassa vuosille 2010 – 2015 mainitaan henkilöstön osaamisen varmistaminen laadukkaalla ja järjestelmällisellä perehdytyksellä (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010, 8). Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin lähiesimiehille on annettu ohjeeksi, että jokainen uusi hoitotyöntekijä sekä tehtäviä vaihtava tai pidemmältä vapaalta töihin palaava henkilö perehdytetään tehtäviin suunnitellusti. Perehdytys auttaa hoitotyöntekijää hahmottamaan työhön liittyvät tehtävänsä, sitouttaa työyhteisöön sekä vähentää virheiden ja työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien esiintyvyyttä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013, 18.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä perehdytysohjelma sisältää ennakoivan, pitempikestoisen mallin vakituisten uusien ja pitkään työstä poissa olleiden työn-

tekijöiden perehdytykseen sekä äkilliseen, lyhyen työsuhteen tarpeeseen tarkoitettuna lyhytkestoisen työsuhteen perehdytysohjelman. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin periaatteina on tasavertaisuus, yhtenäisyys ja samanaikaisuus. Tasavertaisuuden periaate perehdytysohjelmassa tarkoittaa, että kaikilla on samanlainen perusta perehdytyksen sisältöön ja menetelmiin. Yhtenäisyyden periaatetta on noudatettu perehdytysmateriaalin ja sisällön valmistelussa eri organisaation tasoilla. Perehdytyksen perusohjelma on luotu ja suunniteltu samanlaisina ja samansisältöisinä kaikille ammattiryhmille. (Ruoranen ym. 2007, 4.) Parantaisen, Soinin ja Salmisen (2010, 24) mukaan työturvallisuusvaarojen arvioinnin tulosten hyödyntämisessä uusien hoitotyöntekijöiden perehdytysaineistona on vaihtelua. Joissakin sairaanhoitopiireissä uudet työntekijät tutustutetaan rutiniinomaisesti työturvallisuusvaarojen yhteenvetoon, kun taas toisissa osassa työturvallisuusvaarojen arviointia ei käsitellä lainkaan.

Työturvallisuusvaaroihin perehdyttämisen laadukkuus edellyttää suunnitelmallisuutta, dokumentointia ja tarvittavan aineiston kokoamista. Perehdyttämissuunnitelman laajuuteen vaikuttaa tulevan tai pitkään poissaolleen työntekijän rooli organisaatiossa ja koulutus sekä työkokemus. Ennen uuden työntekijän tuloa tulee tarkistaa käytössä oleva työturvallisuuteen liittyvä perehdyttämisaineisto sekä päivittää siinä mahdollisesti olevat vanhentuneet tiedot. Kunkin lähiesimiehen vastuulla on toimivaltansa rajoissa alaistensa työolosuhteiden turvallisuudesta ja terveellisyydestä huolehtiminen sekä yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon toteutuminen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 15.) Lähiesimiehen tulee laatia perehdyttämisaikataulu. Eri henkilöt työyhteisössä voivat toimia oman osaamisalueensa osalta perehdyttäjinä. (Kaistila 2009,15; Penttinen ym. 2006, 2 - 3.) Perehdyttäjän nimeäminen alkukuukausiksi osoittaa varsin huolellista perehdyttämisen hoitamistapaa (Kaartinen 2011, 15). Systemaattisuutta tarvitaan myös perehdytysprosessin, jossa työturvallisuus on yksi osa-alue, läpikäymisessä ja esimerkiksi Pirkanmaan sairaanhoitopiirin ohjeiden mukaan arviointi suoritetaan noin kolmen kuukauden kuluttua. Arvioinnin pääpaino on kuitenkin työyhteisöissä tapahtuvan perehdytyksen jatkuvassa arvioinnissa. (Ruoranen 2007, 14).

Yleensä työn hyvään työn hallintaan ja työyhteisöön sosiaalistumiseen kuluva aika on puolivuotta kuitenkin perehdyttämiseen kuluvan ajan voi katsoa olevan kestoltaan lyhyimmillään samanpituisen kuin koeaika. (Kjelin & Kuusisto 2003, 205.) Uuden hoitotyöntekijän tulee tuntee, että hänen omaksumistaan tuetaan järjestelmällisesti ja uusien asioiden vastaanottamista ja niihin perehtymistä pyritään mahdollisuuksien mukaan myös annostelevaan sopivasti. (Kaartiainen 2011, 14 - 15). Esimiehet vastaavat perehdyttämisen lisäksi työympäristön ja työyhteisön tilan jatkuvasta seurannasta sekä seurannan perusteella tehtävistä kehittämistoimenpiteistä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011, 15.)

4.4.3 Mentorointi

Mentorointi tarkoittaa luottamuksellisessa, tasa-arvoisessa ja vastavuoroisessa suhteessa tapahtuvaa kokemusten, näkemysten ja osaamisen vaihtamista. Toisin sanoen, se on molemminpuolista oppimista, jossa suhteessa ovat kokenempi työntekijä ja tähän nähden kokemattomampi ja usein uusi työntekijä. (Ragins & Kram 2007, 5.) Mentorilla puolestaan tarkoitetaan työelämässä pitkään ollutta, kokenutta henkilöä, joka tarjoaa neuvoja, tukea ja ohjausta työelämään siirtyvälle uudelle työntekijälle eli aktorille eli kyseessä on mestari – kisälli mallista oppimistapa, jolloin mentoroinnin voi katsoa korostavan enemmän ammatillista kasvua verrattuna perehdytykseen. (Karjalainen 2010, 31).

Uuden työntekijän on mentoroinnin avulla mahdollista omaksua organisaation kulttuuri, ajattelu- ja toimintatavat, arvot ja asenteet sekä normit sekä mahdollistaa hiljaisen tiedon siirtymisen nopeasti. Uusi työntekijä pystyy hyödyntämään tietoa nopeammin oman osaamisen myös työturvallisuusosaamisen ja työuran kehittämisessä. Lisäksi se auttaa kokeneitakin yksilöitä jatkuvasti motivoitumaan ja kehittymään sekä saavuttamaan parhaita tuloksia ja kirvoittaa organisaatiossa piilevää luovuutta ja innovatiivisuutta. Mentoroinnilla voidaan lisäksi tukea sosiaalistumisprosessia organisaatioon. (Virtainlahti 2008, 119; Chao 2007, 179 – 196; Sundqvist ym. 2002, 45,46.) Juuselan (2006,12) mukaan mentorointia voi kuvata prosessimaisena kokonaisuutena, jonka tavoitteena on

kehittää työntekijän ammatillista kasvua ja osaamista mentoroinnin keinoin. Hänen mukaansa mentorointiprosessi perustuu sopimukseen ja koostuu mentorointiohjelman valmistelusta, jolloin määritellään osallistujat. Seuraavana vaiheena on mentoroinnin aloitus, johon sisältyy roolijako, tavoitteiden asettelu, aikataulu, tapaamismäärät ja yhteydenpitotavat. Kolmantena vaiheena on mentorointiohjelman toteuttaminen ja viimeisenä vaiheena mentorointiohjelman seuranta ja arviointi.

4.4.4 Tiedonkulku ja viestintä

Sairaanhoitopiireissä on lähes jatkuva muutostila ja monimutkaiset rakenteet luovat tehtävänjaoille ja tiedonkululle haasteita. Tällöin voi olla vaikea hahmottaa työturvallisuuden kokonaiskuvaa ja huolehtia siitä, että kaikki osapuolet ovat tietoisia omista ja toistensa työhön liittyvistä vaaroista. Tämä vaikeuttaa pääsyä ongelmien juurille jolloin myös työturvallisuuteen liittyvien ongelmien korjautuminen vaikeutuu. Usein organisaatioissa on todettu, että vaikka laki velvoittaa, niin kuitenkin resurssit määräävät mitä tehdään. (Parantainen, Soini & Salmi, 2010, 25.) Helovuon (2012, 25) mukaan ongelmat tiedonkulussa ovat merkittävin yksittäinen työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin johtava tekijä. Vaihtelevat kirjaamiskäytännöt ja tietojen siirtyminen eri järjestelmien välillä ovat kirjallisen tiedonsiirron ja siihen liittyvän tiedon hyödynnettävyyden puutteita. Tiedonkulkuun syntyy katkoksia ja väärinymmärryksiä myös kasvokkain tapahtuvassa viestinnässä. Vuorovaikutuksen ja tiedonkulun katkokset eri ammattiryhmien välillä ja ammattiryhmän sisällä ovat yksi tärkeimmistä työturvallisuutta uhkaavista tekijöistä. Tiimityön edellytys on saumaton yhteistyö ja kommunikatio. (Kinnunen & Peltomaa 2009, 94; Lehtola 2009, 58; Niemi-Murola 2005, 307.)

Tutkimuksissa on havaittu, että työyhteisöissä, joissa positiivisen vuorovaikutuksen ja viestinnän osuus on vähintään kolminkertainen negatiiviseen viestintään verrattuna, menestyvät selvästi paremmin kannattavuus- ja asiakastytyväisyyskyselyiden sekä 360 asteen arvion mukaan (Fredrickson & Losada

2005). 360° TUTKA® on tehokas kehittämisen väline. Arviointimenetelmässä itsearviointiin lisäksi palautetta saadaan esimieheltä ja muilta työtovereilta. Arvioinnin tuloksena hoitotyöntekijät saavat henkilökohtaisen palautteen, jossa pääpaino on arvioitavan vahvuusalueissa ja kehittymistarpeissa suhteutettuina työturvallisuuskäyttäytymiseen ja organisaation asettamiin tavoitteisiin. Palautteessa määritellään myös keinot ja aikataulu kehittämistavoitteiden saavuttamiseen. (Työterveyslaitos 2014.)

Työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvässä viestinnässä tulisikin pyrkiä viestintärutiineihin, kuten viestintäkäytäntöön, jolle on ennalta suunniteltu paikkansa normaalissa työnkulussa. Työprosessit voivat altistaa tiedonkulun katkoksille, kun ihmiset eivät kohtaa tai muut tehtävät vievät samaan aikaan huomion. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutusongelmat ja organisaation toimintakulttuuri voivat johtaa siihen, että työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyvät asiat jäävät sanomatta tai ne ymmärretään väärin. Huomattava väärinymmärryksen vaara sisältyy epäsuoraan viestintään, jossa työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ei puhuta suoraan vaan kiertoilmaisilla. Käyttämällä kaksisuuntaista viestintää eli kuittauskäytäntöä sekä yhdenmukaista viestintäkaavaa voidaan estää tiedonkulkuun liittyviä työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyviä tapahtumia ja parantaa työturvallisuutta. (Helovuori 2012, 25–26.)

4.4.5 Ryhmäkehityskeskustelu

Terveystuollon toimintayksiköissä henkilökunnan ja muiden määräaikaisten työntekijöiden tiheä vaihtuvuus hidastaa ja vaikeuttaa työyksikön yhteisöllisyyden muodostumista. Ryhmäkehityskeskustelun tavoitteena onkin kehittää työyhteisön jäsenten yhteistyö-, vuorovaikutus- ja ongelmanratkaisutaitoja. Yhteistoiminnallinen oppiminen on yhdessä oppimista pienissä ryhmissä ja sopii siksi hyvin juuri työyhteisöihin. Tavoitteena on innostaa työyhteisön jäseniä tiedon jakamiseen vaihtoehtona yksinoppimiselle ja jopa tiedon panttaamiselle. Arvostava ryhmäkehityskeskustelu on sekä työyhteisön että yksittäisen hoitotyöntekijän vahvuuksille pohjautuva lähestymistapa työturvallisuuden kehittämiseen.

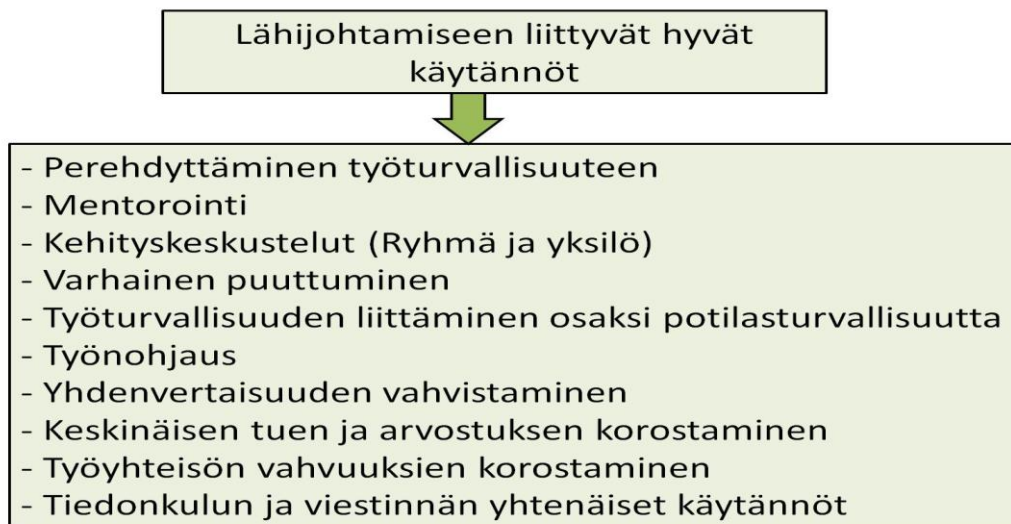
Vahvuuksien päälle rakentamisen voi viedä niin työntekijän kuin organisaationkin työturvallisuuden kehittämistä eteenpäin paremmin kuin liikkeelle lähtö ongelma-alueista tai heikkouksista. (Kaartinen 2011, 29, 37.)

Ryhmäkehityskeskusteluissa tulisi koko työyhteisö miettiä yhdessä mitä työturvallisuuteen liittyvää osaamista organisaation visio ja strategia heiltä työyksikönä edellyttää. Työyhteisön tulisi käydä yhdessä läpi osaamisensa vahvuudet ja heikkoudet suhteessa organisaation tavoitteisiin. (Aarnikoivu 2010, 108 - 109.) Työyhteisön vahvuuksiin keskittyminen ei tarkoita, että ongelmat lakaitaan maton alle, vaan sitä, että työntekijät tulevat tietoisiksi oman työyhteisönsä voimavaroista ja työturvallisuusvaaroista. Tämä mahdollistaa turvalliseen toimintaan suunnattavien voimavarojen lisääntymisen ja työturvallisuusvaaratekijöiden vähentämisen. (Hakanen 2009, 9.) Lopputuloksena syntyy tiimin osaa-miskartta, johon kaikki työyhteisön jäsenet voivat merkitä omat työturvallisuuteen liittyvät kehitysintressinsä ja tavoitteensa. Ryhmäkehityskeskustelussa esille tulleita työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin liittyviä asioita voidaan käytettään pohjana henkilökohtaisissa kehityskeskusteluissa. (Aarnikoivu 2010, 108 - 109.)

4.4.6 Yksilökehityskeskustelu

Kehityskeskustelu on luottamuksellinen ja tasavertainen, ennalta sovittu keskustelu hoitotyöntekijän ja lähiesimiehen välillä. Kehityskeskustelun tarkoituksena on arvioida yhdessä hoitotyöntekijän työntekoon, jaksamiseen, muutoksiin sekä tiimin työkäytäntöihin liittyviä asioita ja mahdollisia kehittymis- ja koulutus-tarpeita. Kehityskeskustelu eroaa tavallisesta keskustelusta etukäteen sovittuna, tarkoin harkittuna ja valmisteltuna sekä sillä on tietty sisältö. (Työterveyslaitos 2013; Ronthy-Östberg ym. 2004, 98.) Kehityskeskustelut herättävät paljon tunteita sekä lähiesimiesten että hoitotyöntekijöiden keskuudessa. On osoitettu, että keskustelut aiheuttavat tunteiden kautta psyykkisiä ja fysiologisia reaktioita, jotka voivat olla jopa terveydelle haitallisia (Carter & Delahaye

2005, 9). Kuvassa (8) on koottu yhteen lähijohtajuuden hyvät käytännöt työturvallisuuden edistämiseksi.



Kuva 9. Lähijohtajuuden hyvät käytännöt. (Mukaillen Valtionkonttori 2007; Rainio 2005, 5; Virtainlahti 2008, 119; Fredrickson & Losada 2005; Kaartinen 2011, 29, 37)

5 EMPIIRISEN OSION KUVAUS

5.1 Empiirisen osion tarkoitus ja tavoite

Empiirisen osion tavoitteena oli luoda yhtenäinen työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen, ilmoittamismenettelyn ja käsittelyn malli ja sitä kautta parantaa hoitotyöntekijöiden työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittelyä.

Kehittämiprojektin kvalitatiivisen empiirisen osion tarkoituksena oli löytää hyviä käytänteitä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen ja käsittelyyn lähiesimiestasolla. Kehittämiprojektin empiirisen osion mittarina toimi teemoitettu ja nauhoitettu ryhmähaastattelu. Tutkimusongelmiksi

olivat nousseet empiirisen osan tavoitteiden ja teoreettisen viitekehyksen perusteella:

- a) Miten esimies voi tunnistaa työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia?
- b) Miten esimies voi vaikuttaa työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittamiseen?
- c) Miten esimies käsittelee työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Kehittämiprojektin kvalitatiivisen empiirisen osion voi katsoa olleen käytännönläheinen toimintatutkimus, koska sen avulla kehitettiin toimintaa. Toimivuusperiaatteen mukaan onnistunut tutkimus tarkoittaa parempaa uutta käytäntöä verrattuna aikaisempaan käytäntöön. Onnistunut toimintatutkimus voi avata uuden toimintatavan tai tuoreen näkökulman tuttuihin asioihin. (Heikkinen ym. 2008, 171, 174.)

Ensimmäisen vaiheen muodosti Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueen ylihoitajan ja osastonhoitajien nauhoitettu ja teemoitettu ryhmähaastattelu. Toisessa vaiheessa aineisto analysoitiin. Kolmannessa vaiheessa analysoinnista saatua tietoa verrattiin kansallisiin ja kansainvälisiin suosituksiin ja ohjeisiin. Neljännessä vaiheessa haastattelun tulosten ja kirjallisuuden perusteella kehitettiin toimintamalli lähiesimiehille työturvallisuuspoikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen ja käsittelemiseen. Viidennessä vaiheessa kehitetty toimintamalli esitettiin edellä mainitun organisaation toimialueen ylihoitajalle ja osastonhoitajille sekä implementoitiin käytäntöön. (Kuva 9, 69)



Kuva 10. Empiirisen osan prosessi.

5.3 Tutkimusaineisto

Teemahaastattelu on tutkijan ja haastateltavien välinen vapaamuotoinen sosiaalinen vuorovaikutustilanne, joka perustuu kielen käyttöön. Haastattelun aikana haastateltavat voivat vapaasti kertoa tutkimukseen liittyvistä aihealueista. Tutkimuksen kohteena on haastateltavien puheen sisältö. Vastaukset heijastavat kuitenkin aina myös haastattelijan läsnäoloa ja vaikutusta tilanteeseen. Tutkimushaastattelulla on erityinen tarkoitus ja osallistujilla asiantuntijaroolit haastattelijan ollessa tietämätön osapuoli. Haastatteluun ryhdytään tutkijan aloitteesta, ja tutkija myös ohjaa tai vähintäänkin suuntaa keskustelua tiettyihin puheaiheisiin. Lisäksi teemahaastattelu tutkimusaineiston keräämisen välineenä on joustava ja tehokas. Ryhmähaastattelun heikkouksina voidaan pitää esimerkiksi sitä, että yksittäiset hiljaisemmat haastateltavat voivat jäädä ilman puheenvuoroa tai kaikki eivät ehkä uskalla sanoa rehellistä mielipidettään. (Hirsjärvi & Hurme, 2006, 49 – 52; Ruusuvuori & Tiittula, 2005, 22.)

Ryhmähaastatteluun osallistuvien valinnan kriteerinä pidetään samanlaista asemaa organisaatiossa. Teemoitettu ryhmähaastattelu sopii hyvin silloin, kun otos on alle kymmenen henkilöä (Jokinen & Koskinen, 2001, 307; Hirsjärvi & Hurme, 2006, 61 - 63.) Tutkimusaineiston keräämiseen liittyvää menetelmää ja haastateltavien valintaa voidaan pitää onnistuneena, koska heillä oli sama asema kohdeorganisaatiossa ja ryhmänä he olivat alle kymmenen henkilöä.

Kriteerit haastateltavaksi valikoitumiseen olivat ymmärrettävät, koska kehittämisprojektin empiirisen osion tutkimus kohdistui heidän osaamiseensa työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen, ilmoitusmenettelyn ja käsittelemisen osalta.

Tutkimusaineisto kerättiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueen ylihoitajalta ja osastonhoitajilta (n=8) avoimella, teemoitetulla ja nauhoitetulla ryhmähaastattelulla. Haastattelun teemojen suunnittelu pohjautui kehittämisprojektin empiirisen osion tavoitteisiin, tutkimusongelmiin ja teoreettiseen viitekehykseen. Teemahaastattelun teemat laati kehittämisprojektin projektipäällikkö. Haastattelussa ei kysytty taustatietoja koska haastateltavia oli vähän ja tutkittavien anonymiteetti haluttiin taata. (Kylmä & Juvakka, 2007, 152).

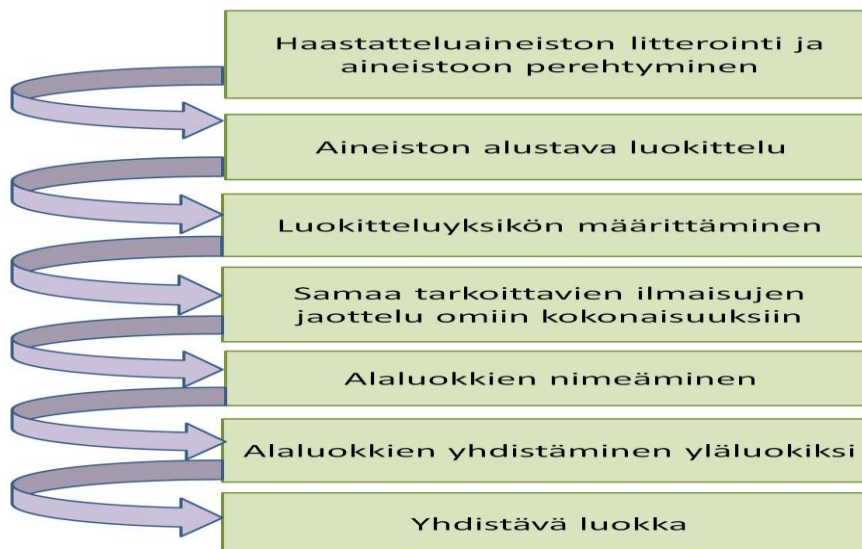
Ennen nauhoitetun ja teemoitetun ryhmähaastattelun toteuttamista saatiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmältä. Haastateltaville haastatteluteemat, suostumuslomake sekä tutkimustiedote oli toimitettu aikaisemmin tuoden ryhmähaastatteluun lisäarvoa. (Liitteet 1 ja 2). Tämän tarkoituksena oli, että he pystyisivät valmistautumaan haastatteluun ja siinä käsiteltäviin aiheisiin ennen ryhmähaastattelun toteutusta. Ryhmähaastattelu pidettiin Turun Yliopistollisen keskussairaalan eräässä neuvotteluhuoneessa. Ehdotus ryhmähaastattelun paikasta ja ajanvarauksen kyseiseen neuvotteluhuoneeseen teki ohjausryhmän jäsen. Haastattelun toteuttamisesta tiedotettiin vastaajille etukäteen ja siihen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaajilla oli mahdollisuus kysyä tutkimukseen liittyviä asioita projektipäälliköltä. Haastattelun aluksi vastaajille kerrottiin haastattelun tarkoituksesta, toteutuksesta ja mahdollisuudesta keskeyttää ryhmähaastattelu sekä myöhemmin muuttaa tai perua vastauksiaan. Ennen haastattelun alkua jokaista vastaajaa pyydettiin allekirjoittamaan haastattelua koskeva suostumuslomake. Tämän jälkeen heille kerrottiin millä lailla hoitotyön työturvallisuusvaarat oli tässä kehittämisprojektissa luokiteltu. (Kylmä & Juvakka, 2007, 146 - 147, 149.)

Nauhoitetun ja teemoitetun ryhmähaastattelun tarkoituksena oli löytää jo olemassa olevia yhtenäisiä toimintatapoja ja hyviä käytänteitä työturvallisuusvaaro-

jen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja niiden käsittelyyn lähiesimiestyössä. Vaikka teemat oli ennalta mietitty, niiden käsittelyjärjestys vaihteli keskustelussa. Ryhmähaastattelu eteni suunnitelman mukaan ja haastateltavat kertoivat hyvin innostuneesti tutkittavasta aiheesta. Teemoittain käyty haastattelu toi haastatteluun selkeyttä ja aihealueita laajennettiin tarkentavilla lisäkysymyksillä. Haastattelu toteutettiin vastaajia kunnioittaen, oikeudenmukaisesti ja rehellisesti. Ryhmähaastattelu kesti noin kaksi ja puoli tuntia.

5.4 Tutkimusaineiston analyysi

Nauhoittamalla kerätty tutkimusaineisto litteroitiin eli muutettiin kirjoitettuun muotoon analysointia varten. (Kuva 10, 72) Näin aineistosta oli mahdollista löytää yksityiskohdat helpommin. Litterointiin liitettiin myös muita kommunikointiin vaikuttavia seikkoja, kuten äänenvoimakkuutta ja taukoja. Kerätyn tutkimusaineiston lukemista ja alustavaa analysointia ohjasi sekä tutkimustehtävä että teoreettisen viitekehyksen myöstä saatu esiyymmärrys. Aineiston litterointi toimi myös muistamisen apuvälineenä varsinaisessa analysointivaiheessa. Luokitteluyksiköksi täsmentyi työturvallisuusvaarojen ja poikkeamien tunnistamisen, ilmoittamiseen ja käsittelyyn liittyvä ajatuskokonaisuus. Suppeampi analyysiyksikkö olisi kadottanut alkuperäisen merkityksen. Tutkimusaineistosta analysoitiin vain sitä, mikä oli ilmiselvästi ilmaistu aineistossa. (Tuomi & Sarajärvi, 2009, 91 – 104; Tiittula & Ruusuvuori, 2005, 16.)



Kuva 11. Sisällön analyysi

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa oli pyrkimyksenä tavoittaa tutkittavien näkökulma työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisesta, ilmoittamisesta ja käsitlemisestä. Empiirisen osion kvalitatiivisen tutkimusaineiston analysointia ohjasivat empiirisen osion tavoitteisiin, tutkimusongelmiin ja teoreettiseen viitekehykseen perustuvat tutkimuskysymykset. Tutkimusaineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla, joka sopi hyvin strukturoimattoman tutkimusaineiston analyysimenetelmäksi. Aineistolähtöisessä analyysissä pyrittiin tutkimusaineistosta luomaan teoreettinen kokonaisuus. (Hirsjärvi & Hurme, 2006, 108 – 109.) Alustavan analysoinnin jälkeen aineistosta etsittiin varsinaisia tutkimustehtävään liittyviä aihekokonaisuuksia. Haastatteluun osallistujien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvistä mielipiteistä ja ajatuksista nostettiin esiin sellaiset asiat, jotka vaikuttivat merkityksellisiltä ja ne merkittiin erilaisilla värikoodeilla. Muutamassa kohdassa tutkimusaineistoa oli selviä eroja eri vastaajien välillä. Tällöin pyrittiin tunnistamaan asiaan liittyvät olennaiset seikat. Suorat ajatuskokonaisuudet pelkistettiin ja samaa asiaa tarkoittavat ilmaukset koottiin yhteen alaluokiksi ja nimettiin sisältöä kuvaavaksi. Yläluokaksi muodostui kehittämissuunnitelman teoreettisen viitekehyksen mukainen työturvallisuusluokitus ja yhdistäväksi luokaksi tutkimuskysymysten mukaan työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen, ilmoittaminen ja käsittely. Aineiston runsaus teki analyysivai-

heesta haastavan ja mielenkiintoisen, mutta myös suuritöisen, jonka vuoksi aikaa kului huomattavasti ennakoitua enemmän. Aineistosta pyrittiin kuitenkin analyysin avulla saamaan selkeää ja mielekäs. (Taulukko 4) (Eskola & Suoranta, 2008, 137).

Taulukko 4. Esimerkki sisällön analyysistä

Sisällön analyysi	
Alkuperäinen ilmaisu	Pelkistetty ilmaisu
.....ei saa vartijoita paikalle tai ne käy vaan ilmoittautumassa.....	Tieto, ettei vartijoita saa paikalle
Pelkistetty ilmaisu	Alakategoria
Tieto, ettei vartijoita saa paikalle	Tiedostetaan mahdollinen työturvallisuusvaara
Alakategoria	Yläkategoria
Tiedostetaan mahdollinen työturvallisuusvaara	Fyysinen työturvallisuus
Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Fyysinen työturvallisuus	Tunnistaminen

5.5 Tulokset

Ensimmäisenä teemana käsiteltiin miten lähiesimies voi tunnistaa työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia sekä mikä edistää tai estää tunnistamista. Tarkoituksena oli selvittää oliko lähiesimiehillä mahdollista tunnistaa hoitotyöntekijöiden työhön liittyviä työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia. Haastateltavien mukaan fyysiset ja ergonomiset työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat tiedostettiin hyvin. Toisaalta yksittäiset työturvallisuustapahtumat tunnistettiin lähes aina vasta sitten, kun jotain oli tapahtunut esimerkiksi sairauspoissaolojen ja tapaturmien ilmoittamisen avulla. Haastateltavat painottivat korostuneesti työntekijän oma vastuuta työturvallisuudestaan ja ergonomian ja laiteturvallisuuden osalta vastuu useimmiten oli siirretty siitä vastaaville henkilöille.

”Täällä meillä on hyvät tilat (T-sairaala), mutta vanhalla puolella tilat oli ahtaat ja aina niitä kolhuja tapahtuu.”

”Ei niitä vartijoitakaan aina tarvittaessa saa tai niitä joutuu odottamaan tosi kauan.”

”Kyllä niissä potilashuoneissa voi tapahtua mitä vaan eikä sieltä kuulu ulospäin mitään. Täytyykin muistuttaa niitä (työntekijöitä) ottamaan niitä hälyttimiä mukaan, kun ne aina seisoo kauniissa rivissä kanslian pöydällä.”

”Tapahtuihan meillä niin, että kun lattialla potilaan kuljettamisen jäljiltä oli vettä, niin hoitaja liukastui siihen. Että nää lattiat on märkänä todella liukkaat”

”Onhan meillä ne ergonomiavastaavat. Täytyykin muistuttaa niitä kokoontumisesta. (Ergonomiavastaavien yhteinen kokous)”

”Kyllähän niillä työntekijöilläkin pitää itsellään olla joku vastuu työturvallisuudesta.”

Biologisten ja kemiallisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen osalta haastateltavat luottivat yleisiin käytössä oleviin ohjeisiin ja niiden noudattamiseen. Etenkin kemiallisia työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia tunnistettiin haastattelutilanteessa. Sisäilman laatuun liittyvät ongelmat tunnistettiin hyvin.

”Meillä on ne apteekista saadut lääkkeiden käsittelyyn liittyvät ohjeet ja eristysohjeet.”

”Tota mää en oookkaan tullu ajatelleks (Pesuaineita). Pitääkin jutella laitosapulaisten kanssa niistä, kun hoitajatkin joutuu iltaisin ja öisin joskus siivoamaan.”

Psykososiaalisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen osalta haastateltavat kertoivat, että tunnistamista tapahtui jonkin verran hoitotyöntekijän kertomisen perusteella. Pääosin aihe-alueen työturvallisuusvaarojen tunnistettavuus oli heikompaa.

”Kyllähän mää tunnistan, jos vaikka xx tulee kertomaan, että yksityiselämässä on tapahtunut vaikka lemmikin kuolema, että xx on itkuinen ja alakuloinen sen takia”

Toisena teemana käsiteltiin sitä, että miten esimies voi vaikuttaa työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamiseen. Tarkentavina kysymyksinä oli tunnetaanko työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoitusmenettely ja perehdytetäänkö esimerkiksi sijaiset käytössä olevaan ilmoitusmenettelyyn. Toisen teeman tarkoituksena oli selvittää voiko lähiesimies vaikuttaa ilmoitusmenettelyn toteutumiseen ja kuinka siihen perehdytetään. Haastateltavien mukaan kaikkia työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia ei aina ilmoiteta virallisesti ilmoitusmenettelyn monimutkaisuuden ja sen vaikeakäyttöisyyden vuoksi. Epävirallisia ilmoituksia haastateltavien mukaan tehtiin, mutta niitä ei edes jälkeempäin ilmoitettu virallisen ilmoitusjärjestelmän kautta. Perehdyttämisen osalta haastateltavat kertoivat, että pitkäaikaiset työntekijät perehdytettiin työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamiseen mutta ei muutaman päivän sijaisille. Se ei kuitenkaan näyttänyt olevan jokaisessa toimintayksikössä käytäntönä.

”Ei niitä tapahtumia aina ilmoiteta, kun niitä käsitellään kahvipöytäkeskusteluissa.”

”Pitää olla tarkkana niiden ilmoitusten kanssa, kun muuten ne häviää nopeasti.”

”Jos vaikka joku potilas lyö tai haukkuu, niin hoitajan mielestä se kuuluu ammattiin (Tunnistaminen ja ilmoittaminen).”

”Se ilmoittamisjärjestelmä on niin vaikea ja monimutkainen käyttää.”

”kyllä meillä ainakin perehdytetään pitempiaikaiset työntekijät, mutta ei päivän tai pari olevia sijaisia.”

Kolmantena teemana käsittelyn kohteena oli, että miten esimies käsittelee työturvallisuusvaara ja -poikkeamailmoituksia ja onko olemassa yhtenäistä käytäntöä. Haastateltavat eivät antaneet tietoja lähiesimiehien virallisten työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoitusten käsittelystä. Esimiehet käsittelevät kuitenkin epäviralliset ilmoitukset kahvipöytä keskusteluissa yhdessä hoitotyöntekijöiden kanssa. Haastateltavat kertoivat että, virallisesti tehdyistä ilmoituksista eivät useinkaan hoitotyöntekijät saa palautetta käsittelevältä taholta tai ilmoitukset mitätöidään. Haastateltavien kertomuksista ilmeni myös, että tehdyt il-

moitukset pitäisi käsitellä nopeasti, koska ilmoitukset häviävät ilmoitusjärjestelmästä puolen vuoden kuluttua.

”Jos jotain tapahtuu, niin meillä puhutaan niistä esimerkiksi kahvipaussin aikana”.

”Että kyllähän ne meidän työntekijät niin nehan halua sitä palautetta (ilmoituksen tekemisestä), mutta sitä tulee ihan hirveen harvoin (Turvallisuuspoikkeama ilmoituksen käsittelijöiltä).”

”Jos niistä rikkiäisistä laitteista ilmoittaa huoltoon, niin ne vain sanoo niiden olevan akkojen juttuja.” (Ilmoittamiseen liittyvä palaute)

Haastattelun tulosten mukaan ei kuitenkaan ollut löydettävissä yhtenäistä käytäntöä toimintayksikötasolla. Tutkimustuloksien perusteella muodostui näkemys siitä, miten työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia toimialueitasolla käytännössä tunnistettiin, niistä ilmoitettiin ja miten niitä käsiteltiin.

6 EMPIIRISEN OSION ARVIOINTI

6.1 Tulosten tarkastelu

Empiirisen osion tarkoituksena oli löytää työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyviä mahdollisesti olemassa olevia hyviä toimintarapoja ja käytänteitä.

6.1.1 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisessa haastattelun tulokset osoittivat, että yksittäisiä vaaroja tiedostettiin ja tunnistettiin, mutta ei kaikkia. Samaan tulokseen ovat päätyneet myös Pohjonen ym. (2003,15) ja Halmeenmäki (2011). Lisäksi tuloksen mukaan tunnistamisen saattaa estää se, että työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien koetaan kuuluvan hoitotyön työnkuvaan

tai niitä ei aina tiedosteta ja myönnetä ja toisaalta esimiesten tehtäväkuvan ollessa laaja, niin ei ehditä panostamaan niiden huomioimiseen, vaan vastuu siirretään työntekijälle. Haastattelun tuloksen mukaan lähiesimiehet luottivat työyksiköissä olevien ohjeiden noudattamiseen. Esimerkiksi Amalberti (2006, 66 – 71) toteaa tutkimuksessaan ohjeiden käyttämättömyyden. Korkon (2009, 20) mukaan hoitotyöntekijöiden kokemuksena on, että potilaat saavat hoitotilanteessa uhkailla ja käyttäytyä epäasiallisesti. Näissä tilanteissa hoitotyöntekijät hoitavat potilasta oman turvallisuutensa vaarantaen (Flink, Reiman & Hiltunen 2007, 132). Työturvallisuuslain mukaan työolosuhteet on järjestettävä siten, että esimerkiksi väkivallan uhka ja väkivaltilanteet ehkäistään mahdollisuuksien mukaan ennakolta. Haastattelun tulosten mukaan osastoilla on olemassa hälyttimiä ja mahdollisuus vartijoiden käyttöön, mutta hälyttimiä ei aina käytetty ja vartijoiden saaminen tarvittaessa oli hidasta.

Työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin perehdyttäminen on lakisääteistä työnantajan toimintaa. Saattaa olla, että perehdyttäminen niihin toteutetaan yleisen perehdyttämisen yhteydessä muualla kuin työyksikössä. Tämä saattaa heikentää lähiesimiesten työturvallisuusvaarojen tunnistamista. Toisaalta kuitenkin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin henkisen kuormittumisen oppaassa (2006, 9) mainitaan työyksikötasolla tapahtuvasta perehdytyksestä, minkä johdosta lähiesimiesten tulisi tunnistaa vähintään omassa työyksikössä olevat työturvallisuusvaarat ja niihin liittyvät poikkeamat. Parantainen, Soini ja Salminen (2010, 24) ilmaisevat työturvallisuuteen perehdyttämisen olevan organisaatiokohtaista ja samankin organisaation eri hoitotyöyksiköissä työturvallisuuteen perehdyttäminen vaihtelee.

6.1.2 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamien

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien ilmoittamismenettelyn osalta haastattelun tulosten mukaan kaikkia työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia ei systemaattisesti ilmoiteta virallisesti organisaatiossa olevaan ilmoitusjärjestelmään. Työturvallisuusvaarasta tai -poikkeamasta ilmoittamatta jättämiseen saattaa liittyä

pelko negatiivisesta julkisuudesta, ilmoitusjärjestelmän monimutkaisuus tai työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman vähättely. Myös esimerkiksi Knuutilan ym. (2007, 20), Martimon, Antti-Pojan & Uitin (2010, 146), ja Piispan & Hulkon (2010, 14) mukaan nämä saattaa olla ilmoittamatta jättämiseen voimakkaasti vaikuttavia tekijöitä. Hoitotyön koulutuksissa ja hoitotyön työyhteisöissä painotetaan tarkkaavaisuutta, varmistamista ja vastuuta, ettei työhön liittyviä virheitä tai vaaroja tapahtuisi. Terveystieteiden tutkimuksissa näyttää yleisesti olevan vahva käsitys siitä, että huolellinen hoitotyöntekijä ei tee virheitä. Kuitenkin huolellisinkin hoitotyöntekijä voi unohtaa asioita, mikäli työmäärää lisätään ja työ häiriintyy tai keskeytyy, mitä usein hoitotyössä tapahtuu. Tämä voi johtaa siihen, että työturvallisuusvaarojen ja virheiden tekemistä aletaan suorastaan pelätä joka puolestaan johtaa tapahtumista ilmoittamatta jättämiseen. (Korko 2009, 20; Pietikäinen ym. 2010)

Perehdyttämisen osalta haastattelun tulokset osoittivat, että pitkäaikaiset hoitotyöntekijät perehdytetään työturvallisuusvaaroihin ja -poikkeamiin ja niistä ilmoittamiseen liittyvään menetelmään. Tulos osoitti myös, että lyhytaikaisella työsuhteen kanssa olevia hoitotyöntekijöitä ei useinkaan perehdytetä, mikä johtaa heidän eriarvoiseen asemaan verrattuna pitkäaikaisilla työsuhteilla oleviin hoitotyöntekijöihin. Tämä puolestaan vähentää näiden hoitotyöntekijän työssä kokemaa ja työhön liittyvää hyvinvointia. Myös Rainio (2010, 25) ja Korko (2009, 20) ovat todenneet näin. Olisikin tarkoituksenmukaista löytää hyvä käytäntö myös lyhytaikaisten työntekijöiden perehdyttämiseen. Lyhytaikaisella työsuhteen kanssa olevien hoitotyöntekijöiden perehdyttämisen työturvallisuusvaaroihin ja niistä ilmoittamisen voisi katsoa kuitenkin olevan tärkeää, koska heitä toimii terveydenhuollossa paljon ja toisaalta heidän kauttaan välittyy ulospäin näkemys organisaation maineesta työnantajana.

Lyhytaikaisilla työsuhteilla oleva hoitotyöntekijä saattaa tehdä omasta tahdostaan vuosia hoitotyötä. Jos hän ei saa työturvallisuuteen perehdyttämistä, hänen ehkä turvattomammin työtavat altistaa hänet vaaroille ja pidemmällä aikavälillä näitä työtapoja voi olla vaikea muuttaa turvallisemmiksi. (Lepistö 2004, 59; Lahti 2007, 29 – 30) Perehdyttämisen voidaan kokea olevan työyksikön ja

sen toimintatapojen lyhyt esittely, jolloin esimerkiksi lyhytaikaisella työsopimuksella oleville hoitotyöntekijöille jää hahmottomatta työyksikössä olevat työturvallisuusvaarat tai niihin ei kiireen takia ehditä perehtymään edes perehdytysmateriaalista. Tällöin heille tapahtuneet poikkeamat jäävät ilmoittamatta ja tilastoitamatta. Tämä saattaa heikentää ja väärentää koko organisaatiossa olevaa työturvallisuuden kokonaiskuvaa ja työturvallisuuteen panostamista. Vertaa Parantainen, Soini ja Salminen (2010, 24).

Lyhytaikaisille hoitotyöntekijöille toteutettavan perehdytyksen ja myös esimerkiksi työturvallisuuteen liittyvien koulutuksien puutteen voi katsoa olevan ristiriidassa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimintakertomuksen (2014, 8) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategian vuosille 2007–2015, (2007, 16) ja Varsinais-Suomen hoitotyön toimintaohjelman (2010, 16) kanssa. Niissä kaikissa mainitaan jokaisen uuden, tehtävää vaihtavan tai pitkään poissa olleen suunnitelmallinen perehdyttäminen.

6.1.3 Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely

Haastattelun tuloksen mukaan epävirallisesti ilmoitettuja työturvallisuusvaara ja -poikkeamailmoituksia käsitellään epävirallisesti työyhteisöissä erilaisissa yrityksissä esimerkiksi kahvipöytäkeskusteluissa. Vaikka ne käsiteltäisiin epävirallisesti, niin niistä pitäisi tehdä virallinen ilmoitus, jotta ne tilastoituisi ilmoitusjärjestelmän kautta. Tämä antaisi organisaatiolla oikeanlaisen kuvan työturvallisuuden tilanteesta ja auttaisi työturvallisuuden kehittämistä organisaatiotasolla.

Tuloksen mukaan työturvallisuusvaarasta tai -poikkeamasta ilmoittajan odottama palautetta käsittelystä tulee harvoin tai ei lainkaan. Ilmoittamatta jättäminen ei myöskään tue yksilön eikä työyhteisön ja etenkin organisaation virheistä oppimisen mallia. Työturvallisuustapahtumien käsittelystä saatava palaute antaisi työntekijälle kuvan välittävästä työnantajasta lisäten sitä kautta hoitotyöntekijöiden hyvinvointia ja osallisuutta työturvallisuuden kehittämiseen sekä lisäisi organisaation positiivista julkisuuskuvaa. Vaarana työturvallisuusvaarasta tai -poikkeamasta ilmoittamisesta saattaa olla, että sitä mahdollisesti voidaan käyt-

tää hoitotyöntekijää vastaan joissakin tilanteissa. Epävirallisen ilmoituksen ja virallisesti ilmoitetun työturvallisuusvaaran tai -poikkeaman käsittelyn tulisi siten aina tapahtua luottamuksellisesti, syylistämättä ja rankaisematta. (Kinnunen ym. 2009, 11; Ruuhilehto ym. 2010.)

6.2 Yhteenveto haastattelun tuloksista

Empiirisen osion haastattelun tulokset antoivat olennaista tietoa työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisesta, ilmoittamismenettelystä ja käsittelystä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimi-alueella. Keskeisemmät tulokset osoittivat, että puutteita oli sekä tunnistamisessa että ilmoittamismenettelyyn perehdyttämisessä sekä työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittamisesta. Käsittelyyn liittyvistä asioista puutteena nähtiin palautteen saamattomuus tehdyistä ilmoituksista. Haastattelun tuloksista ei ollut löydettävissä yhtenäisiä olemassa olevia käytäntöjä muuta kuin ilmoittamismenettelyn sekä virallisten ilmoitusten käsittelyn osalta. Alla olevassa kuvassa (12) on yhteenveto teoriaan liittyvistä keinoista tunnistaa työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat sekä niiden ilmoitusmenettelyyn ja käsittelyyn liittyvät tekijät yhdistettynä empiirisen osion haastattelun tuloksissa esiin tulleista asioista.



Kuva 12. Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistaminen, ilmoitusmenettely ja käsittely (Mukaillen Työturvallisuuskeskus 2014b; Ervasti & Elo 2006,

85; Euroopan unionin komissio 2013, 36, 55 -56, 89; Andersson 2014; Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2006, 11; Työturvallisuuslaki 2002/738; Fagerström & Leino 2014, 3; Ruuhilehto ym. 2010)

7 TOIMINTAMALLIN RAKENTUMINEN

Toimintamalli on suunniteltu apuvälineeksi ja tueksi esimiehille työturvallisuuden johtamisessa. Soveltavan empiirisen osion tulosten ja kansallisten ja kansainvälisten ohjeiden ja suositusten pohjalta projektipäällikkö kehitti toimintamallin hoitohenkilöstön työssä koettavien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn sekä käsittelyyn esimiestasolle. Toimintamalli muodostui tässä kehittämisprojektissa laaditussa hoitotyön työturvallisuusluokituksista (Kuva 7), työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksia yksittäisen hoitotyöntekijän näkökulmasta (Kuva 8) sekä hyvistä käytänteistä (Kuva 9) sekä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvistä teoriasta ja empiirisen osion tuloksista Kuva 12).

7.1 Toimintamallin esittely

Kehittämisprojektin ensimmäisessä osiossa laadittuun työturvallisuusluokitukseen sisältyy fyysinen, ergonominen, biologinen, kemiallinen ja psykososiaalinen osa-alue alaluokkineen. Fyysinen työturvallisuus sisältää työntekijään konkreettisesti liittyvät tapahtumat esimerkiksi tapaturmat, fyysisen väkivallan ja terävien esineiden aiheuttamat tapahtumat sekä laiteturvallisuuden. Ergonominen työturvallisuus sisältää työn tekemiseen liittyvät työmenetelmät, työvälineet sekä työympäristön. Biologinen työturvallisuus sisältää elävien organismien aiheuttamat tapahtumat. Kemiallinen työturvallisuus sisältää nimensä mukaisesti kemiallisten aineiden ja sisätilan ilmanlaadun aiheuttamat tapahtumat. Sisäilman laadun liittäminen kemiallisiin työturvallisuusvaaroihin kriteerinä oli ilman määritelmän mukaan, se on kaasujen seos ja osa ilman epäpuhtauksista on epäorgaanisia eli elottomia yhdisteitä. Toisaalta esimerkiksi ilman kosteus ja

lämpö ovat fysikaalisia ilmiöitä. Toisena kriteerinä oli, että fysikaalinen osa-alue on käsitteenä käytännössä vaikeampi ymmärtää. Psykososiaalinen työturvallisuuden puolestaan liittyy työntekijään ja työyhteisöön vaikeammin havaittavissa olevat tapahtumat esimerkiksi psyykkisen väkivallan, häirinnän, kiusaamisen ja työn aiheuttaman stressin ja uupumuksen sekä työaikaan ja päihteiden käytön aiheuttamat työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat.

Kehittämiprojektin ensimmäisen osion kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tulokseksi hoitotyön turvallisuusluokituksen lisäksi hoitotyöhön liittyvien työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksia yksittäisen hoitotyöntekijän näkökulmasta. Tähän osa-alueeseen liittyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset. Fyysinen osa-alue sisältää tuki ja liikuntaelin sairaudet, allergiset oireet, tulehdukset ja myrkytykset. Näiden lisäksi lisääntymiskykyyn liittyvät ongelmat, sikiö, aivo ja hermostovauriot, väsymyksen ja päänsäryn sekä muut somaattiset oireet ja sairaudet. Psyykkiset vaikutukset sisältävät työhön liittyvän epävarmuuden lisääntymisen, pelkotilat, riittämättömyyden tunteet, masennuksen ja työhön liittyvän stressin lisääntymisen. Lisäksi psyykkisiin vaikutuksiin sisältyy työssä uupuminen, muistiin liittyvät ongelmat, ammatillinen itsetunnon laskun ja työhön liittyvän yleisen tyytymättömyyden tunteen. Sosiaaliseen osa-alueeseen sisältyy työilmapiirin huononeminen, sosiaalisten tilanteiden pelko ja yksinäisyyden lisääntyminen. Lisäksi sosiaalisiin vaikutuksiin liittyy osattomuuden tunne, hoitotyöntekijöiden vaihtuvuuden lisääntyminen ja yhteistyön heikkeneminen. Työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksia yksittäisen hoitotyöntekijän näkökulmasta osasta puuttuu taloudelliset vaikutukset, koska niitä ei kehittämiprojektin ensimmäisen osion kirjallisuuskatsauksessa mainittu.

Toimintamallissa esimiestyöskentelyn hyviin käytäntöihin sisältyy työturvallisuuden liittyvien pelisääntöjen laatiminen, työturvallisuuden perehdyttäminen, mentorointi, kehityskeskustelut ryhmä ja yksilötasolla ja varhainen puuttuminen. Työturvallisuuden liittäminen osaksi potilasturvallisuutta, mahdollisuus työnohjauksen ja yhdenvertaisuuden vahvistaminen olivat myös hyviin käytäntöihin liittyviä asioita. Edellä mainittujen lisäksi toimintamallin hyviin käytäntöihin sisältyy keskinäisen tuen ja arvostuksen korostaminen ja työyhteisön ja yksittäisen

hoitotyöntekijän vahvuuksien korostaminen sekä tiedonkulun ja viestinnän yhteinäiset käytännöt.

Työturvallisuusvaarojen tunnistamiseen liittyviä asioita olivat muun muassa sairauspoissaolo- ja tapaturmatilastot, suojaruustusten kulutusmäärät, työympäristön ja työyhteisön tilanteiden tarkkailu sekä sosiaalisten tilanteiden tarkkailu. Toimintamallissa työturvallisuusvaara ja -poikkeamatapahtumien ilmoittamiseen liittyviä asioita on, että ilmoittaminen tulisi tehdä samalla tavalla kaikissa toimintayksiköissä. Myös epäviralliset ilmoitukset tulisi ilmoittaa virallisesti sekä ilmoitusjärjestelmä tulisi hallita. Lisäksi työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittamiseen liittyy selkeiden ohjeiden anto siitä mistä ilmoitetaan ja avoin keskustelu työturvallisuudesta ja hoitotyöntekijöiden oikeuksista ja velvollisuuksista. Toimintamallissa työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittelemiseen liittyy virallisten ja epävirallisten ilmoitusten käsittely syylistämättä, luottamuksellisesti ja rankaisematta. Työturvallisuuteen liittyvien ilmoitusten käsittelyn tulisi tapahtua avoimesti ja rakentavasti sekä palautteen antaminen aina riippumatta siitä onko ilmoitusta käsitelty tai perustelut sille miksi ei ole käsitelty.

7.2 Toimintamallin konkreettinen toteuttaminen

Toimintamalli toteutettiin työturvallisuusluokituksesta, työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksia yksittäisen hoitotyöntekijän näkökulmasta ja hyvistä käytänteistä sekä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvistä kuvista. Ne kopioitiin ja liitettiin kaksisivuiseksi asiakirjaksi (Liite 4). Tämän jälkeen asiakirja tulostettiin ja leikattiin. Tämän jälkeen kuvat laitettiin vastakkain ja laminoitiin. Toimintamallin toisella puolella on tässä kehittämissuorituksessa laadittu hoitotyöhön liittyvä työturvallisuusluokitus ja työturvallisuuspoikkeamien aiheuttamat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset vaikutukset. Toisella puolella on lähiesimiestyöskentelyyn liittyvät hyvät käytännöt ja työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen ja käsittelyyn liittyvät asiat. Toimintamallista saatiin näin kaksipuoleinen noin 14cm x 20 cm kokoinen helppokäyttöinen tarkistuslista, jollaista oli toivottu.

7.3 Toimintamallin implementointi

Implementoinnin käsite voidaan määritellä sanalla toteutus, jolloin se käsittää menetelmän tai innovaation levittämisen sekä menetelmän käyttöönoton tukemisen erilaisin menetelmin (Kaila & Kuukasjärvi 2005, 10 – 11). Kehittämiprojektissa laadittu toimintamalli implementoitiin käytäntöön toukokuussa osastonhoitajien kokouksessa. Tilaisuudessa projektipäällikkö perusteli toimintamallissa olevien osa-alueiden mukaan otettua PowerPoint esityksen avulla. Esitys lähetettiin neurologian toimialueen ylihoitajalle ja työelämän mentorille sähköpostin välityksellä. He puolestaan toimittavat esityksen edelleen neurologian toimialueen lähiesimiehille muistin tueksi. Lähiesimiesten tehtäväksi ja velvollisuudeksi jää osoittaa kehittämissuorituksen tuotoksesta syntynyt hyöty tulokset ja vaikutukset.

8 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Kehittämissuorituksen tavoitteena oli laatia hoitotyön työturvallisuusvaarojen luokittelu ja parantaa hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamista, ilmoitusmenettelyä sekä käsittelyä esimiestasolle kehitettyä toimintamallin avulla ja parantaa sitä kautta hoitotyöntekijöiden työssä koettavaa hyvinvointia.

Kehittämissuorituksen ensimmäisessä osassa tarkoituksena oli määritellä hoitotyöhön liittyvät työturvallisuusvaarat ja -poikkeamat kirjallisuuteen perustuen. Kehittämissuorituksen empiirisessä osassa tarkoituksena oli laatia yhtenäinen hoitotyön työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen, ilmoittamismenettelyn ja käsittelyn toimintamalli lähiesimiehille Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin neurologian toimialueelle.

Kehittämissuorituksella oli ennalta sovittu kesto-aika ja tämän aikajänteen jakaminen osiin siten, että aikataulu säilyy ja kehittämissuoritus etenee suunnitelmien mukaan, oli etukäteen vaikeaa (Tuomi 2005, 40) Kehittämissuorituksen aikataulu oli liian optimistinen, koska etenkin empiirisen osion analyysiin kului huomattavasti enemmän aikaa kuin suunniteltua.

tavasti enemmän aikaa. Tässä kehittämisprojektin päällikkö tiedosti kokemattomuutensa tutkijana ja se korostui tutkimusaineiston analyysivaiheessa. Aikataulun venymisen vuoksi kehittämisprojektin tuloksen kestävyys kannalta tärkeä työvaihe kuten toimintamallin esitestaus jäi tässä kehittämisprojektissa pois. Toisaalta kuitenkin kehittämisprojektin tekeminen rauhalliseen ja sopivaan tahtiin on ollut tässä kehittämisprojektissa tarpeellista sekä oleellista huolellisen tekemisen ja lopputulokseen pääsemisen kannalta. Tämä oli myös aiheen laajuuden näkökulmasta oletettavaa ja odotettavissa. Kehittämisprojektin suunnitteluvaiheessa ohjausryhmän tuki oli tärkeää vahvan teoreettisen pohjan rakentamiseen, joka puolestaan antoi suuntaviivat kehittämisprojektille. (Silfverberg 2001, 7)

Projektiorganisaatiossa tapahtui kesän 2013 kynnyksellä yhden henkilön muutos. Muutos johtui organisaatiosta johtuvista tekijöistä. Se ei kuitenkaan ole aiheuttanut muutoksia projekti- tai ohjausryhmän toimintaan. Projektiryhmän sitoutuminen on ollut hyvää. Tämä näkyi esimerkiksi kaikkien kutsuttujen osallistumisena ryhmähaastatteluun. Projektiryhmä on ehdottanut esimerkiksi projektin onnistumisen kannalta tärkeitä yhteydenottoneuvoja projektipäällikölle ja edistänyt sitä kautta kehittämisprojektin edistymistä. Organisaatiossa olevat yhdyshenkilöt eli osa ohjausryhmää ja projektiryhmä olivat erityisen tärkeitä tämän kehittämistyön onnistumisen kannalta projektipäällikön ollessa organisaation ulkopuolinen henkilö. Heidän kauttaan järjestyivät tiedonkulku ja markkinointi organisaatioon päin.

8.1 Tavoitteiden saavuttaminen

Kehittämisprojektille asetetut tavoitteet olivat realistisia ja kummankin tavoitteen voi katsoa täyttyneen ja osittain ylittyneenkin. Hoitotyön turvallisuusluokitukseen käytetystä teoriasta löydettiin myös työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien vaikutukset hoitotyöntekijöille. Toisaalta toimintamalli kehitettiin, jolloin tavoite täyttyi siltä osin. Sen vaikutusta hoitotyöntekijöiden työhyvinvoinnin paranemiseen

ei tämän kehittämisprojektin puitteissa ole mahdollista saavuttaa, koska, kuten aiemmin on mainittu, se vaatii pitemmän ajan seurannan.

Työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvän yhtenäisen toimintamallin avulla tähdätään hoitotyöntekijöiden työturvallisuuden ja sitä kautta työssä koettavan hyvinvoinnin asteittaiseen parantamiseen. Yhtenäinen hoitotyön työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn liittyvä käytäntö ja selkeä tarkistuslista olivat monen mielestä tärkeä ja hoitotyöntekijöiden työssä koettavaa hyvinvointia lisäävä. Toimivalla ja ajantasaisella työturvallisuuteen vaikuttavalla toimintamallilla voidaan helpottaa lähiesimiehen työtä tunnistaa, ilmoittamismenettelyä ja käsittelyä työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia.

8.2 Tuotoksen hyödynnettävyys

Soveltavan empiirisen osion ja teorian pohjalta laadittiin lähiesimiehille toimintamalli, kuten oli suunniteltukin. Onko nyt kehitetyn toimintamallin avulla saavutettu tuloksia? Tätä on liian aikaista arvioida koska, toiminatamallin pitää olla käytössä pidemmän aikaa, ennen kuin esimerkiksi hoitotyöntekijöiden poissaolojen vähenemisen, tai vaihtuvuuden pienenemisen ja hyvinvoinnin lisääntymisen voi nähdä.

Kehittämisprojektin empiirisen osion tuloksista ilmeni puutteita muun muassa hoitotyöntekijöiden perehdytyksessä työturvallisuuteen ja työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista ilmoittamisessa. Jatkossa onkin tärkeää, että näihin osaluokkiin panostettaisiin enemmän. Hoitotyön työturvallisuuteen liittyvät vaarat ja tapahtumien ilmoittamismenettely tulisi ottaa säännöllisin väliajoin esille jokaisessa hoitotyön toimintayksiköissä esimerkiksi osastotunneilla. Lisäksi tarvitaan avoimempaa ja läpinäkyvämpää yhteistyötä organisaatioiden kaikilla tasoilla ja selviä päätöksiä työturvallisuuteen liittyvästä tehtävänjaosta. Jotta kehittämisprojektissa laaditun toimintamallin myönteiset vaikutukset hoitotyöntekijöiden työturvallisuuteen, työssä koettavaan hyvinvointiin ja organisaation julkisuuskuvan myönteiseen kehitykseen voidaan osoittaa, onkin tärkeää saada neurologi-

an toimialueen lähiesimiehet saada ymmärtämään työturvallisuusvaarojen tunnistamisen, ilmoittamisen ja käsittelyn merkitys hoitotyöntekijöiden työssä koettavalle hyvinvoinnille ja organisaation työturvallisuuden kehittämiseksi.

Tämän kehittämisprojektin tuotoksella olisi todennäköisesti laajemminkin käyttöä, koska useilta ja etenkin pienemmiltä organisaatioilta puuttuu käytännöllinen apuväline työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen ja käsittelyyn. Laajemmin ajateltuna yhtenäinen käytäntö työturvallisuusvaaroista ja -poikkeamista sekä niiden tunnistamisesta, ilmoittamisesta ja käsittelystä saattaa auttaa hahmottamaan, kartoittamaan ja parantamaan hoitotyöntekijöiden turvallisuuden tilannetta myös valtakunnallisella tasolla.

Kehittämisprojektissa kehitetyn toimintamallin käytettävyyttä on liian aikaista arvioida, koska se implementoitiin tarkistuslista muotoisena käytäntöön kehittämisprojektin esityksen yhteydessä toukokuussa 2014. Käytäntöön juurtumista todennäköisesti edistää se, että toimintamallin kehittämisessä on käytetty Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkisesti saatavia aineistoja sekä lähiesimiehien osallistuminen toimintamallin laadintaan empiirisen osan haastattelun kautta. Toisaalta käyttöönoton juurtumista voi estää se, että ajan puutteen vuoksi toimintamallia ei esiteltä. Lisäksi käyttöönoton juurtumisen esteenä saattaa olla muutosvastarinta, koska kehittämisprojektin käytännön toteuttaja on organisaation ulkopuolinen henkilö. Muutosvastarinta näkyy esimerkiksi passiivisuutena ja laiskuutena kehitetyn toimintamallin käytössä. (Tuomi 2005, 35.) Terveystieteiden organisaatioiden tapaan toteuttaa erilaisten prosessien ja niiden osien muutokset tapahtuvat ylhäältä alaspäin esimerkiksi määräyksinä ja ohjeistuksina (Rogers & Williams 2006, 76 – 97) saattaa olla yksi käytäntöön juurtumisen este.

8.3 Kehittämiprojektin luotettavuuden tarkastelu

Kehittämiprojektissa ei ole pyritty yksiselitteisen totuuden löytymiseen vaan hoitotyön työturvallisuuteen liittyvien ilmiöiden kuvaamiseen mahdollisimman totuudenmukaisesti. Tässä kehittämiprojektissa on käytetty monipuolisesti sekä kotimaista että kansainvälistä kirjallisuutta ja tutkimustietoa. Kirjallisuuden ja tutkimuksien valinnassa on huomioitu, että ne ovat mahdollisimman uusia ja kehittämiprojektin aiheeseen liittyviä ja julkaistu joko tieteellisessä julkaisussa tai tunnetun julkaisijan julkaisemina. Luotettavuuden lisäämiseksi useimmat kirjallisuuden ja tutkimuksien kirjoittajat ovat tunnettuja ja arvostettuja, alansa asiantuntijoita. Asiantuntijoihin ja omalla alallaan arvostettuihin henkilöihin yleensä luotetaan. Laaja lähdekirjallisuus viittaa tässä kehittämiprojektissa myös siihen, että kirjallisuuden ja tutkimusten luotettavuus haluttiin varmentaa, koska tekijöitä oli vain yksi. Virheiden välttämiseksi jokaisen alkuperäistutkimuksen tai artikkelin laatu tulee selvittää. (Bradley & Law 2008, 146.)

Edellisten lisäksi toimintamallin kehittämisessä on käytetty Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkisesti saatavilla olevia hoitotyöntoiminta-ohjelmaa vuosille 2010 – 2015, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiaa vuosille 2007 – 2015 sekä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisemaa Henkinen kuormittuminen opasta, jotka osaltaan lisäävät kehittämiprojektin luotettavuutta.

Luotettavuuteen liittyy myös tuloksen eli tässä kehittämiprojektin ensimmäisessä osiossa laadittu hoitotyön työturvallisuusluokituksen ja empiirisessä osiossa laaditun toimintamallin siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 129). Hoitotyön työturvallisuusluokituksen ja toimintamallin voi katsoa olevan tältäkin osin luotettava, koska ne voidaan siirtää sellaisenaan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin jokaiseen hoitotyön toimintayksikköön. Lisäksi luotettavuutta lisää se, etteivät työturvallisuusluokitus ja toimintamalli ole sidoksissa ainoastaan organisaation toimintayksiköihin, vaan hoitotyön työturvallisuusluokituksen ja toimintamallin voi siirtää mihin tahansa organisaatioon, koska luokitukseen liitetyt asiat ovat yleisiä ja yleisellä tasolla kuvattuja.

Reflektiivisyydessä on kysymys siitä, että projektipäällikkö tiedostaa omat lähtökohtansa tutkittavan asian suhteen. Projektipäällikkö ei ole työskentele kyseisessä organisaatiossa eikä myöskään ole itse lähiesimiesasemassa, mikä tukee objektiivisuutta. Toisaalta projektipäällikkö on pitkään toiminut hoitotyössä, mikä voi heikentää objektiivisuutta. Tiedostettuaan tämän projektipäällikkö pysyy tarkastelemaan asiaa objektiivisesti. (Kylmä & Juvakka 2007, 128 -129.)

Kehittämiprojektia voidaan arvioida kokonaisuutena, jolloin sisäinen johdonmukaisuus eli koherenssi painottuu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140 -141). Kehittämiprojektin koko prosessi on kuvattu vaihe vaiheelta mahdollisimman tarkasti, avoimesti, selkeästi, rehellisesti ja yksityiskohtaisesti, joten kuka tahansa voi seurata sen etenemistä. Samalla kehittämiprojektin raportissa näkyy projektipäällikön sitoutuneisuus. Tämän voi katsoa lisäävän kehittämiprojektin luotettavuutta, vakuuttavuutta ja vahvistettavuutta.

Vilkan (2005, 158) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta ja toteuttamista ei voida pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Tutkimuksessa tulee pyrkiä välttämään virheiden syntymistä. Tutkimuksen perustehtävänä on luotettavan tiedon tuottaminen ja tutkimuksen luotettavuuden arviointi on osa tutkimustoimintaa. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnille ei ole olemassa yksiselitteisiä arviointikriteerejä. Luotettavuuden arviointia tehdään koko kehittämiprojektin ajan teoriaan liittyvästä tiedosta, analyysitavasta, tutkimusaineiston ryhmittelystä ja luokittelusta, tulkinnasta ja johtopäätöksistä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 131; Hirsjärvi ym. 2007, 226 – 228; Vilka 2005, 159.)

Kehittämiprojektin empiiristä osiota voi pitää luotettavana, sillä se toteutettiin yhteistyössä kohdeorganisaation lähiesimiesten kanssa ja heidän työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisen, ilmoittamisen ja käsittelemisen käytännön asiantuntemustaan hyödyntäen. Haastattelijan ollessa organisaation ulkopuolinen henkilö saattoi omalta osaltaan lisätä empiirisen osion luotettavuutta. Toisaalta se saattoi myös heikentää luotettavuutta, koska haastatteluun osallistuneet eivät mahdollisesti halunneet paljastaa ulkopuoliselle henkilölle kaikkea työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen tai käsittelyyn liittyviä tietoja.

Ryhmähaastattelun nauhoittaminen lisäsi tutkimuksen luotettavuutta, koska haastateltavien puhe tallentui sanasta sanaan nauhalle. Kirjoittamalla haastatellut sanasta sanaan tekstiksi, se lisäsi osaltaan tutkimuksen luotettavuutta, sillä mitään olennaista ei jäänyt puuttumaan tutkimusaineistosta eikä siihen lisätty mitään ylimääräistä. Tutkimusaineistoa käsitteli vain tutkimuksen tekijä ja ryhmähaastattelulla kerätty tutkimusaineisto hävitetään poistamalla se tietokoneelta sekä polttamalla käsinkirjoitetut muistiinpanot. Tutkimusaineistoa ei luovutettu mihinkään muuhun tarkoitukseen. Kaikilla näillä lisättiin tutkimustulosten luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2007, 217.)

Empiirisen osion eteneminen sekä kunkin vaiheen kuvaamisessa on pohdittu tehtyjä valintoja ja luotettavuutta mitkä osaltaan lisää empiirisen osion luotettavuutta. Toisaalta kvalitatiivissa tutkimuksessa toistettavuus ja yleistettävyyys eivät useinkaan toteudu, koska kvalitatiivisen tutkimuksen katsotaan olevan ainutlaatuinen. Joten tästä syystä toinen tutkija ei välttämättä saa samaa tulosta ja eikä tutkimuksesta saatuja tuloksia voi yleistää. Tutkimusta voidaan silti pitää hyväksyttävänä. (Vilka, 2005, 159; Kylmä & Juvakka 2007, 129; Cohen, Mannon & Morrison 2007, 137.)

8.4 Kehittämissuorituksen eettisyyden tarkastelu

Eettiset kysymykset nousevat esille jo tutkimusaiheen ja tutkimusmenetelmän valinnasta. Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytyksenä on, että sen toteutuksessa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Toimintatapojen tulee olla rehellisiä, avoimia, ja lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimuksessa tulee huomioida vastaajien vapaaehtoisuus, tunnistamattomuus, luottamuksellisuus ja aineiston käsitteleminen asianmukaisesti. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa tulee välttää epärehellisyyttä. Tutkimukseen osallistujilla on oikeus saada tietoa tutkimustuloksista ja tulokset on järjestettävä siten, että osallistujien tunnistamattomuus taataan. (Vilka 2005, 74; Hirsjärvi ym. 2004, 23 – 27; Tuomi 2007, 146.)

Jo kehittämisprojektin aiheen valinta oli eettinen kysymys. Hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien käsittely aiheena ei ole ollut helppo, sillä esiin olisi voinut tulla sellaisia asioita joita ei haluttu myöntää. Aiheen valintaan ei kuitenkaan vaikuttanut mikään ulkopuolinen tekijä, vaan oma kiinnostus aiheeseen. Kehittämisprojektissa ei ole käytetty henkilöihin tai yhteisöihin liittyviä tietoja, joten siltä osin sen voi katsoa olevan eettisesti hyväksyttävä. Lähdeviitteet ja lähdemerkinnät on tehty huolellisesti, eikä lähteiden kirjoittajien osuutta ole vähätelty. Lisäksi raportissa ei johdateta lukijaa harhaan ja se on kirjoitettu tarkasti kehittämisprojektin etenemistä noudattaen. Kehittämisprojektin missään vaiheessa ei ole käytetty epärehellisiä keinoja. Näiden johdosta kehittämisprojektin toteutusta voi pitää eettisesti hyväksyttävänä. (Vilka 2005, 74; Hirsjärvi ym. 2004, 23 – 27.)

Ennen soveltavan empiirisen osion toteutusta kohdeorganisaatiolta haettiin ja saatiin tutkimuslupa sekä ryhmähaastatteluun osallistuville lähetettiin ennen haastattelun toteutusta sekä tutkimustiedote että suostumuslomake (Liite 2). Niissä kummassakin oli kerrottu sekä koko kehittämisprojektin, että empiirisen osion tarkoitukset. Empiirisen osion haastattelututkimukseen osallistumien oli vapaaehtoista ja sen sai keskeyttää koska tahansa sekä ryhmähaastattelussa annettujen tietojen käytön kieltäminen oli mahdollista. Projektipäällikkö tiedosti, että pienessä aineistossa sitaattien käyttö on aina ongelmallista ja pyrki säilyttämään osallistujien anonymiteetin tutkimusraportissa. Kehittämisprojektin empiirisen osion toteutuksesta ja tutkimusaineistosta ei tule ilmi haastateltaviin liittyviä tietoja eikä työyksikköä tukien kehittämisprojektin tietosuojaan, ammatillisuuksiin, henkilöihin ja heidän tunnistamattomuuteensa kohdistuvaa eettisyyttä.

Empiirisen osion mittarina käytettiin teemoitettua ryhmähaastattelua jossa teemat muodostivat mittarin. Hirsjärven ym. (2007, 191) mukaan mittarin heikkous saattaa ilmetä haastateltavien suhtautumisena siihen. Tässä empiirisessä osiossa voi olettaa haastateltavien antaneen omia tietojiaan työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien tunnistamisesta, ilmoittamisesta ja käsittelystä.

Ryhmähaastattelussa kerätty tutkimusaineisto luokiteltiin tarkasti niissä olevien ilmaisujen mukaan eikä vastauksiin lisätty muita tutkimuksia. Empiirisen osion tutkimusaineisto tullaan hävittämään heti kehittämissuunnitelman valmistuttua. Empiirisen osion raportissa asioita on käsitelty yleisellä tasolla, eikä esille tule mitään, josta voisi aiheutua minkäänlaisia hankaluuksia niin organisaatiolle, lähiesimiehille kuin hoitotyöntekijöillekään. Käytetyissä viite- ja lähdemerkinnöissä on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta, ja kaikki raportissa käytetty teksti on haettu alkuperäisistä lähteistä.

Toimintamallin laatimiseen on käytetty kansallisia ja kansainvälisiä työturvallisuuteen liittyviä ohjeita ja suosituksia sekä empiirisen osion tutkimustuloksia. Koska kyseessä on toimintamalli eikä siinä ilmene henkilöihin tai yhteisöihin liittyviä tietoja eikä se myöskään perustu mielipiteisiin voi kehittämissuunnitelman tuotoksen katsoa olevan siltä osin eettinen.

9 POHDINTA

Hoitotyön työturvallisuusluokituksen voi katsoa olevan innovatiivinen, koska ensinnäkin ainoastaan yksi vastaavantapainen, yli kymmenen vuotta vanha, löytyi kehittämissuunnitelman ensimmäisen osion kirjallisuuskatsauksessa. Toiseksi löydetty hoitotyön turvallisuusluokituksen tiedot eivät vastanneet kaikilta osin nyky päivän hoitotyön työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia. Esimerkiksi Pohjosen ym. (2003, 16) psykososiaaliselta osa-alueelta puuttui psyykinen väkivalta ja kiusaaminen sekä fyysiseltä osa-alueelta laiteturvallisuus. Kolmanneksi kehittämissuunnitelman kokonaisuuden kannalta oli tärkeää tietää mitä työturvallisuusvaaroja ja -poikkeamia lähiesimiehen pitää tunnistaa, vaikuttaa ilmoittamismenettelyyn ja miten ilmoituksia tulisi käsitellä. Hoitotyön työturvallisuusluokituksen avulla hoitotyöhön liittyvien työturvallisuusvaarojen tunnistaminen todennäköisesti paranee, koska ne on kuvattuna konkreettisemmalla tavalla. Tämän voi katsoa olevan uuden työturvallisuusluokittelun sosiaalinen arvo, joka viittaa siihen mikä on hyvää ja tavoiteltavaa. Merkityksellisyys näkyy kehitetyssä työturvallisuusluokituksessa aikaisempaan verrattuna käytettävyyden erona sekä tä-

män päivän hoitotyön työturvallisuuteen paremmin sopivana. Taloudellisen arvon voi nähdä vasta sitten, kun uutta turvallisuusluokitusta on käytetty osana toimintamallia jonkin aikaa ja mitataan työturvallisuuteen liittyviä tapahtumia. Näin ajateltuna hoitotyön työturvallisuusluokituksen voi katsoa olevan innovatiivinen. (Ruckenstein, Suikkanen & Tamminen 2011.)

Kehittämisprojektin ensimmäisen osion kirjallisuuskatsauksen avulla saatiin tulokseksi hoitotyön turvallisuusluokituksen lisäksi hoitotyöhön liittyvien työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksia yksittäisen hoitotyöntekijän näkökulmasta. Nämä kuvastavat konkreettisella tasolla sitä, kuinka hoitotyöntekijät voivat työturvallisuuspoikkeaman jälkeen. Myös tämän voi hoitotyön työturvallisuuden luokituksen mukaisesti katsoa olevan innovatiivinen sillä erotuksella, että yhtään vastaavanlaista ei tämän muotoisena ollut löydettävissä. Työturvallisuuspoikkeamien vaikutuksista yksittäisen työntekijän näkökulmasta voi myös katsoa olevan lähiesimiehille suunnattu työväline, koska siinä konkretisoituu ne asiat, mihin pitäisi pystyä vaikuttamaan toimintamallin avulla hoitotyöntekijän työhyvinvoinnin lisäämiseksi.

Työhyvinvoinnista, työkyvystä, eläkeiän nostamisesta ja työvoimapulasta keskustellaan paljon. Näyttääkin siltä, että terveydenhuollossa hoitohenkilöstön hyvinvointiin tulisi panostaa voimakkaasti ja yksi keino tähän voisi olla vaikutusmahdollisuuksien ja oikeudenmukaisuuden lisääminen. Työhyvinvointi toteutuu vain silloin kun työn vaatimukset ja voimavarat ovat tasapainossa hoitotyöntekijän voimavarojen ja tarpeiden kanssa. Työturvallisuuden näkökohtien huomioiminen hoitotyössä vähentää sairauspoissaoloja. Tämä puolestaan vaikuttaa hoitohenkilöihin kohdistuvien ylitöiden sekä ylimääräisien työmäärien pysymiseen kohtuullisina, jolloin saavutetaan säästöjä sekä hoitotyöntekijöiden työssä koettava hyvinvointi lisääntyy. Valitettavan usein tuottavuuden kustannuksella säästöä haetaan työturvallisuuteen ja hoitotyöntekijöiden hyvinvointiin liittyvistä toiminnoista. Terveiden, työturvallisuuden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvän toiminnan tuottavuuden ja vaikuttavuuden osoittamiseen tulisikin organisatioissa panostaa enemmän, koska hyvinvoivan hoitohenkilöstön kautta syntyy tuottavuutta ja säästöjä. Lisäksi hyvinvoiva hoitohenkilöstö on yksi vetovoimai-

sen organisaation merkki. Työhyvinvointia ei voi rajata koskemaan vain työtä. Hoitotyöntekijän tulee huolehtia omista voimavaroistaan, esimerkiksi terveydestä, palautumisesta ja tehtävässä vaadittavan tietotaidon hankkimisesta.

Työturvallisuus on läsnä kaikkialla hoitotyötä tekevillä, joten kehittämisprojektin avulla saadut tiedot ja opit eivät varmasti mene hukkaan. Toimintamallin ideointi, kehittäminen ja toteuttaminen olivat erittäin mielenkiintoinen osa kehittämisprojektia. Toimintamallin kehittämisprosessi vaati tutkimustyötä ja selvittämistä siitä, mitkä asiat olivat oleellisia esille nostettavia seikkoja toimintamallia ajatellen.

Kehittämisprojektin teoriaan paneutuminen auttoi huomioimaan miten moniulotteinen työturvallisuuteen liittyvät asiat ovat. Hoitotyöntekijöiden työturvallisuuteen liittyvien asioiden tutkiminen on ollut yhtä aikaa antoisaa ja vaikeaa etenkin, kun kokemuksellinen tieto ja teoretieto ovat heijastuneet toinen toisiinsa. Hoitotyön työturvallisuudesta ja työhyvinvoinnista on paljon tutkimuksia, artikkeleita ja koulutuksia. Lähes kaikki kehittämisprojektissa käytetyt tutkimukset ovat kansainvälisiä ja ne ovat pääasiassa keskittyneet yksittäisiin työhyvinvointiin ja työturvallisuusvaaroihin liittyviin tekijöihin. Esimerkiksi Niskasen ym. (2009, 22) mukaan opetuksen vähäisyyden takia työturvallisuuteen perehdyttäminen on hoitotyössä lähes yksinomaan organisaatioiden perehdytyksen varassa. Haastavimpia asioita olikin selvittää työturvallisuuteen liittyvän terminologian sekaavuus ja poimia tietomäärästä ne asiat, jotka olivat tärkeitä kehittämisprojektin onnistumisen kannalta. Kokonaisuudessaan kehittämisprojektin myötä projekti-päällikön projektiosaaminen ja asiantuntijuus on vahvistunut.

Terveydenhuollon tutkimuksissa ja koulutuksissa tulisi ottaa työturvallisuusasioissa enemmän inhimilliset tekijät ja luonnolliset rajoitukset huomioon kuten monilla turvallisuuskriittisillä aloilla tehdään. Se edellyttää syylistämätöntä työturvallisuusvaarojen ja -poikkeamien selvittämistä ja panostamista enemmän työturvallisuustapahtumien olosuhteiden selvittämiseen. Unohdukset, vahingot ja sattumukset ovat inhimillisiä ja niitä sattuu kaikille. Entä kun työturvallisuuteen liittyvistä tapahtumista ja unohduksista tulee tapa?

Tämän kehittämisprojektin edetessä ajatuksia mielenkiintoisista jatkotutkimusta kaipaavista näkökulmista työturvallisuuteen liittyen on herännyt runsaasti. Olisi mielenkiintoista tutkia miksi hoitotyöntekijät todellisuudessa vaihtavat ammattia, kun kuitenkin työkyky- ja työhyvinvointitutkimuksissa he kokevat nämä osat alueet hyväksi. (Parantainen & Laine 2010.)

- Liittykö ammatinvaihtamiseen esimerkiksi hoitotyössä koettu eettinen ristiriita?
- Liittyvätkö esimerkiksi väkivallan kokemukset osittain kiireeseen tai hoitajapulaan eli ei ole aikaa kuunnella potilaita?
- Riittääkö lähiesimiehellä resursseja työturvallisuuden seuraamiseen ja huomioimiseen omassa työyksikössään?

Toisena jatkotutkimusaiheena voisi olla, että miksi lähiesimiehet ja hoitotyöntekijät tunnistavat huonosti hoitotyöhön liittyviä vaaratekijöitä. Onko tällöin puutteita esimerkiksi tiedonkulussa ja yhteistyössä työterveyshuollon ja työsuojelusta vastaavien kanssa vai jostain muusta tekijästä?

Tämän kehittämisprojektin perusteella suosituksena voisi mainita hoitotyön koulutuksessa hoitotyön työturvallisuuden nostamisen enemmän esiin. Tällöin esimerkiksi eettinen ristiriita koulutuksen ja käytännön välillä saattaa pienentyä. Tämä puolestaan johtaa mahdollisesti hoitotyöntekijöiden pysyvyyteen alalla. Työturvallisuuden johdonmukainen koulutus myös vähentäisi organisaatioiden taakkaa, koska käytännössä hoitotyöntekijöiden työturvallisuuteen panostaminen on lähinnä organisaatioiden vastuulla.

Toinen organisaatioihin suunnattuna suosituksena voisi olla työturvallisuuteen liittyvän yhteistyön ja tiedonkulun parantaminen ja niiden läpinäkyvyys kaikilla organisaation tasoilla. Tällöin hoitotyöntekijöille välittyisi kuva välittävästä organisaatiosta, mikä puolestaan lisäisi työntekijöiden hyvinvointia ja organisaation vetovoimaisuutta.

Kolmantena suosituksena näkisin, että jokaisessa toimintayksiköissä otettaisiin käytännöksi avoimesti hoitotyön työturvallisuudesta keskusteleminen, jolloin se juurtuisi arkipäiväisemmäksi ja myös työturvalliset toimintatavat paranisivat.

Arvokkainta lähijohtamisessa on arkinen läsnäolo, yhteiset palaverit, hoitotyöntekijöiden työn seuraaminen ja tarvittaessa siihen osallistuminenkin. Lähiesimiehen tehtävänä on johtaa, mutta johtamisen tulee perustua aidosti perustehtävän ja siihen liittyvän työturvallisuuden tuntemiseen. (Tammi 2007, 11.) Työturvallisuuden kehittämistä ei voi ulkoistaa, se täytyy sisäistää, jotta jokaisella hoitotyöntekijällä työssä koettava hyvinvointi lisääntyisi. Työturvallisuuteen liittyvät asiat ovat tavallisia arjen ratkaisuja ja toimenpiteitä. Lopuksi voisi todeta, että työturvallisuus ja työnlaatu syntyvät aivoissa ja jokaisen tulisi kantaa siitä vastuu.

LÄHTEET

Aalto-Korte, M. 2014. Työperäinen kosketusallergia ei ole katoamassa vaan muuttaa muotoaan. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 2014;130(6): 617 - 618

Aarnikoivu, H. 2010. Aidosti hyödyllinen kehityskeskustelu. Helsingin Seudun Kauppakamari. Helsinki: Edita Prima Oy.

Aarva, K. 2009. Hoivan ja hoidon lähijohtaminen. Tampereen yliopisto. Terveystieteenlaitos. Tampere.

Ahola, K. 2011. Tue työkykyä – käsikirja esimiestyöhön. Helsinki: Työterveyslaitos.

Amalberti, R., Vincent, C., Auroy, Y. & de Saint Maurice, G. 2006. Violations and migrations in health care: a framework for understanding and management. *Quality and Safety in Health Care*, 15, 12/2006, 66 - 71.

Andersson, B., Auvinen, E., Hirsimäki, P., Ilveskivi, P., Lantto, P., Perimäki, R., Rätty, T. & Sajavaara, A. 2010. Hyvä käytös sallittu – epäasiallinen kohtelu kielletty. 1. painos. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Savion Kirjapaino Oy.

Anthony, M. K., Standing, T. S., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M. R., Sweeney, D. K., Aponte-Soto, L., Olson, L., Viernes, A., Parisi, M., & Krause, M. K. Modic, M. B., & Dumpe, M., L. 2005. Leadership and Nurse Retention; The Pivotal Role of Nurse Managers. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 146 -155.

Arikoski, J. & Sallinen, M. 2007. Vastarinnasta vastarannalle – johda muutosta taitavasti. Johtamistaidon Opisto JTO. Työterveyslaitos.

Ayas, NT., Barger, LK., Cade, BE., Crown, JW., Rosner, B., Speizer, FE. & Czeisler, C. 2006. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous injuries in interns. *JAMA* 2006; 296 (9): 1055 - 62.

Bakker, A., & Demerouti, E. 2007. The Job Demands-Resources model: state of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309 - 328.

Barach, P. & Berwick, D. 2005. Five system barriers to achieving ultrasafe health care. *Ann Intern Med*. 2005; 142: 756 – 764.

Batty, D., Hublin, C. & Kivimäki, M. 2011. Shift Work as a Risk Factor for Future Type 2 Diabetes: Evidence, Mechanisms, Implications, and Future Research Directions. [Viitattu 10.4.2014] Saatavissa:

<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1001138>

Blom, R., Hautaniemi, A. 2009. Työelämä muuttuu, joutaako hyvinvointi? 1. painos. Helsinki: Gaudeamus Yliopistokustannus Oy.

Bondas, T. 2010. Nursing leadership from the perspective of clinical group supervision: a paradoxical practice. *Journal of Nursing Management* 5/2010 (18) 477 – 486.

Bradley, L. & Law, M. 2008. Systematically Reviewing the Evidence. 143 -160. Teoksessa Law, M. & MacDermid, J. (toim) *Evidence-Based Rehabilitation. A Guide to Practice*. USA: SLACK Incorporated.

Carter, G. & Delahaye, B. 2005. Performance appraisal: Stressful for some. In *Proceedings 2005 ANZAM Conference*. Saatavissa: <http://eprints.qut.edu.au>

Chao, G. T. 2007. Mentoring and organizational socialization: Networks for work adjustment. Teoksessa: Ragins, B. R. & Kram, E. K. (toim.) 2007. The handbook of mentoring at work. Theory, research and practice. London: Sage publications. 179 - 196.

Chapman, R., Styles, I., Perry, L. & Combs, S. 2010. Nurses' Experience of Adjusting to Workplace Violence. A theory of Adaptation. International Journal of Mental Health Nursing 19, 186 - 94.

Christensen, M., Gunnar, A., Borg, V., Clausen, T., Guthenberg, J., Hakanen, J., & Straume, L. V. 2012. Building engagement and healthy organisations: Validation of the Nordic Questionnaire on Positive Organisational Psychology (N-POP). The Third Report from the Nordic Project. Tema Nord 2012:549. Nordic Council of Ministers. Saatavissa: http://mind.no/uploads/bilder/Building_engagement_and_healthy_organisations.pdf

Cohen, J.D. 2006. The Ageing Nursing Workforce - How to Retain Experienced Nurses. Journal of Healthcare Management. Jul/Aug 2006, Vol. 51 Issue 4, 233 – 245.

Cohen, L., Manion, L. & Morrison, K. 2007. Research Methods in Education. 6th edition. Abingdon: Routledge

Davies J, Ross A, Brendan W & Wright L (2003) Safety Management: A Qualitative System Approach. London: Taylor and Francis.

Dembe, AE., Delbos, R. & Erickson, JB. 2009. Estimates of injury risks for healthcare personnel working night shifts and long hours. Quality and Safety in Health Care 2009;18(5):336 - 40.

Di Martino V., Hoel H. & Cooper C. L. 2003. Preventing violence and harassment in the workplace. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Dublin.

Dunn, G. 2012. Planning Work Health & Safety – An Introduction to best practice. 1. Paines. Sydney: CCH Australia Limited.

Elfering, A., Semmer, NK. & Grebner, S. 2006. Work stress and patient safety: observer-rated work stressors as predictors of characteristics of safety-related events reported by young nurses. Ergonomics 2006; 49 (5–6) 457 - 69.

Ernvall, S., Pulli, A., Salonen, A-M., Nurminen, M-L. & Kaukkila, H-S. 2009. Lääkelaskenta. Helsinki: WSOY.

Ervasti, J. & Elo, A-L. 2006. Työyhteisöön ja organisaatioon kohdistuvan työkyvyn edistämisen liiketaloudellisten vaikutusten tutkimus. Katsaus 2000-luvun tutkimuksiin. Työelämän tutkimus 4 2006, 83 - 96.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.

Estryn-Behar, M., van der Heijden, B., Camerino, D., Fry, C., Le Nezet, O., Conway, P. M. 2008. Violence risks in nursing - results from the European "NEXT" Study. Occupational Medicine, 58, 107–114.

Etelä-Suomen aluehallintovirasto. 2013. Työhyvinvointiin liittyvä valvonta vuonna 2012. Työsuojelun työhyvinvointiryhmän raportti. [Viitattu 13.8.2013.] <http://www.tyosuojelu.fi/upload/paw9q2s5.pdf>

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2003. Biologiset tekijät. Fact 41. [Viitattu 10.2.2013] Saatavissa: <https://osha.europa.eu/fi/publications/factsheets/41>

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2003. Ihoa herkistävät aineet. [Viitattu 12.4.2014] Saatavissa: <https://osha.europa.eu/fi/publications/factsheets/40>

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. Työpaikkakiusaaminen. 2002. [Viitattu 15.1.2014] <https://osha.europa.eu/fi/publications/factsheets/23>

Euroopan työturvallisuus- ja työterveysvirasto. Työtaturmien ehkäisy: neuvoja työnantajille. Tavallista suuremmassa vaarassa olevien työntekijöiden työhön ottaminen. [Viitattu 29.3.2014] Saatavissa: https://osha.europa.eu/fi/topics/accident_prevention/risks

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusvirasto. 2009. Vaarallisista aineista aiheutuvat uudet ja kehittymässä olevat riskit työntekijöille Euroopassa. [Viitattu 20.5.2013] Saatavissa: https://osha.europa.eu/fi/press/pressreleases/european_workers_face_new_increasing_health_risks_hazardous_substances_01.11032009

Euroopan Neuvoston direktiivi 89/391/ETY. Toimenpiteistä työntekijöiden turvallisuuden ja terveyden edistämiseksi työssä. [Viitattu 2.1.2014] <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:31989L0391:FI:PDF>

Euroopan unionin komissio. 2013. Terveydenhuoltoalan työterveys- ja työturvallisuusriskit - Ennaltaehkäisyä ja hyviä käytäntöjä. Luxemburg: Euroopan unionin julkaisutoimisto.

Fagerstöm, V. & Leino, T. 2014. Väkivalta ja sen uhka kotihoitotyössä - työpaikkojen hyvät käytännöt ennaltaehkäisyssä. Työterveyslaitos. [Viitattu 10.4.2014] Saatavissa: [http://www.ttl.fi/partner/thf/hankkeet/asiakasvakivalta/Documents/V%C3%A4kivalta%20ja%20kotihoitoty%C3%B6_vaihe1%20LOPPURAPORTTI%20\(2\).pdf](http://www.ttl.fi/partner/thf/hankkeet/asiakasvakivalta/Documents/V%C3%A4kivalta%20ja%20kotihoitoty%C3%B6_vaihe1%20LOPPURAPORTTI%20(2).pdf)

Farrell, G. A., Bobrowski, C., & Bobrowski, P. 2006. Scoping workplace aggression in nursing: findings from an Australian study. *Journal of Advanced Nursing*, 55, 778–787.

Flink, A., Reiman, T. & Hiltunen, M. 2007. Heikoin lenkki? Riskienhallinnan inhimilliset tekijät. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Flinkman, M. 2014. Young Registered Nurses' Intent to Leave the Profession in Finland - A Mixed-Method Study. Turun Yliopisto. Turku: Pallosalama Oy.

Fredrickson, B.L. & Losada, M.F. 2005. Positive affect and the complex dynamics of human flourishing. *American Psychologist*, 60, 678 - 686.

Grint, K. 2011. A history of leadership. Teoksessa Bryman, A., Collinson, D., Grint, K., Jackson, B. & Uhl-Bien, M. (toim.) *The SAGE handbook of leadership*. London, UK.

Groane, O. 2005. Health promotion in hospitals - From principles to implementation. Teoksessa Groane, O. & Garcia-Barbero, M (toim.) *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. Denmark: WHO Regional Office for Europe 2005: 3 - 20.

Hakanen, J. 2009. Työn imua, tuottavuutta ja kukoistavia työpaikkoja? - kohti laadukasta työelämää. Työterveyslaitos ja Työsuojelurahasto. [Viitattu 13.1.2014] Saatavissa: http://www.tsr.fi/tsarchive/files/Selvityksia/TSR_Tata_on_tutkittu2009.pdf

Hakola, T. & Kalliomäki-Levanto, T. 2010. Työvuorosunnittelu hoitoalalla. Ergonomiaa, autonomiaa, hyvinvointia. Työterveyslaitos. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy.

Hakola, T., Paukkonen, M. & Pohjonen, T. 2010. Less quick returns - greater well-being. *Industrial Health* 2010; 48 (4): 390 – 394.

Halonen, K. 2013. Pari askelta jäljessä – Tuurilla mennään. Aalto yliopisto. Tuotantotalouden laitos. Helsinki: Unigrafia Oy.

Hargreaves, A. & Fink, D. 2006. *Sustainable leadership*. First edition. Jossey Bass. A Wiley Imprint, USA.

Haybatollahi, S. 2009. Work stress in the Nursing Profession: An Evaluation of organizational Causal Attribution. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta, sosiaalipsykologian laitos. Väitöskirja. [Viitattu 30.12.2012] Saatavissa: <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/46625/workstre.pdf?sequence=2>

Hellgren, U-M. 2012. Indoor air problems In Finnish hospitals – From the occupational health perspective. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Helsinki: Unigrafia Oy.

Helovuori, A. 2012. Potilasturvallisuus edellyttää avointa viestintää. Artikkel. Sairaanhoidaja – Sjuksköterskan. 2/2012. Vol. 85, s. 25 – 26.

Heikkinen, H. L. T. & Syrjälä, L. 2007. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa: Heikkinen, H., Rovio & Syrjälä, L. (toim.). 2007. Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Kansanvalistusseura, s. 149 – 161.

Hirsjärvi, S., Hurme, H. 2006. Tutkimushaastattelu – teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki, Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. osin uudistettu painos. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Hyvärinen, P., Kangas, T., Pikkarainen, T. & Ruotsila, M. 2009. Vaarojen selvittäminen ja riskien arviointi PSHP:n naisten ja lasten toimialueella. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 7/2009. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy

Hätönen, H. 2011. Osaamiskartoituksesta kehittämiseen II. Helsinki. Educa-instituutti Oy

Iakovou, G.T. 2008. Implementation of an evidence-based safe patients handling and movement mobility curriculum in an associate degree nursing program. Teaching and Learning in Nursing 2008;3, 48 - 52.

Janakka, T. 2009. Kyvykkyyksien johtaminen. Teoksessa Helsilä, M. & Salojärvi, S. (toim.) Strategisen henkilöstöjohtamisen käytännöt. Helsinki: Talentum.

Joyce, K., Pabayo, R., Critchley, JA. & Bamba, C. 2010. Flexible working conditions and their effects on employee health and wellbeing. Cochrane of Systematic Reviews 2010: 2

Juusela, T. 2006. Ajetaanko tandemilla? Mentorointi työyhteisössämme. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

Kaartinen, L. (Toim.) 2011. Osaamista kehittämään! – periaatteita ja menetelmiä osaamisen ylläpitoon ja lisäämiseen. 1. painos. Helsinki: Suomen Kuntaliitto.

Kaila, M. & Kuukasjärvi, P. 2005. Menetelmien arviointia ja juurruttamista isossa Britanniassa. FinOHTAn Julkaisuja: IMPAKTI 2005/1: 10 - 11.

Kaistila, M. 2005. Hyvä esimiestyö. Työturvallisuuskeskus ja Kuntien eläkevakuutus. [Viitattu 20.9.2013] http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/tyossa_jatkaminen_julkaisut.aspx

Kallio, H., Airila, A. & Lusa, S. 2010. Hyvä työterveys- ja työturvallisuustoiminta pelastuslaitoksissa. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.

Kanste O. 2011. Johtajuuden yhteys hoitohenkilöstön työasenteisiin ja työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö, 9 (2), 30 – 36.

Kantola, J., Hanhinen, H., Pikkarainen, A., Simonen, M., Siitonen, T. & Särnä, S. 2009. Havaitse varhain – HARAVALLA, Varhaisen havaitsemisen toimintamalli työyhteisölle, käsikirja. Pohjois-karjalalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. [Viitattu 14.4.2014] Saatavissa: http://www.keva.fi/SiteCollectionDocuments/Tyossa_jatkaminen/Aktiivinen_tuki/HARAVA_kasikirja_2009.pdf

Kantolahti, T. & Tikander, T. 2010. Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:17. Helsinki: Yliopistopaino.

Karhu, K., Puttonen, S., Vuori, M., Sallinen, M., Hyvärinen, H.K., Kalakoski, V. & Härmä, M. 2011. Työstressi ja uni hoitotyössä. Työympäristön raporttisarja 63. Työterveyslaitos. Helsinki: Tampereen yliopistopaino.

Karjalainen, M. 2010. Ammattilaisten käsityksiä mentoroinnista työpaikalla. Jyväskylän yliopisto.

Kauppinen, T & Reikula, K. 2010. Fysikaaliset ja kemialliset ympäristötekijät. Teoksessa: Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M., Elo, A-L., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Leino, T., Manninen, P., Miettinen, S., Reijula, K., Salminen, S., Toivonen, M., Tuomivaara, S., Vartiola, M., Venäläinen, S. & Viluksela, M. 2010. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009. Työterveyslaitos: Helsinki [Viitattu 20.12.2012] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf

Kinnunen, M., Keistinen, T., Ruuhilehto, K. & Ojanen, J. 2009. Vaaratapahtumien raportointimenettely. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino.

Kinnunen, M. & Peltomaa, K. 2009. Moniulotteinen potilasturvallisuus. Teoksessa: Kinnunen, M. & Peltomaa, K. (toim.) Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto ry.

Kirsten, W. 2010. Making the Link between Health and Productivity at the Workplace —A Global Perspective. *Industrial Health*. 2010; 48: 251 – 255.

Kjelin, E. & Kuusisto, P. 2003. Tulokkaasta tuloksetekijäksi. Jyväskylä: Gummeruksen Kirjapaino Oy.

Knuutila, J., Ruuhilehto, K. & Wallenius, J. 2007. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino.

Kompier, MAJ., Taris, TW. & Veldhoven, M. 2011. Tossing and turning-insomnia in relation to occupational stress, rumination, fatigue and well-being. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health* 2012; 38 (3) 238 - 246

Korhonen, K. 2009. Kiusaajat kuriin. Mitä jokaisen tulisi tietää työpaikkakiusaamisesta. Helsinki: Werner Söderström Osakeyhtiö.

Korko, K. 2009. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Yliopistopaino.

Kovnen, C. & Gergen, P. 1998. Nurse staffing levels and adverse events following surgery in U.S. Hospitals. *Journal of Nursing Scholarship* 30, 315 - 321.

Kroemer, K. H. E. & Grandjean, E. 2001. Fitting the task to the human. A textbook of occupational ergonomics. 5. painos. Lontoo: Taylor & Francis Ltd

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. & Lozano, R. 2005. Väkivalta ja terveys maailmassa. WHO:n raportti. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Kuiri, S. (Toim.) 2011. Myö ja Työ. Työhyvinvointisopimus 2011–2014. Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. Joensuu.

Kämäräinen, M. 2006. Työsuojelutoiminta työpaikalla. Teoksessa Riikonen, E., Kämäräinen, M., Lappalainen, J., Oksa, P., Pääkkönen, R., Rantanen, S., Saarela, K. L. & Sillanpää, J. (toim.) Työsuojelun perusteet. Helsinki: Työterveyslaitos.

Kääriäinen, O., Törmä, A-M., Torppa, K. & Paasivaara, L. 2009. Vetovoimaisen hoitotyön malli ja sen piirteitä Oys:n erva-alueen sairaaloissa. Oulun yliopistollinen sairaala ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitos. Oulu: Oulun Kopiokeskus Oy

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 629/2010. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20100629>

Laki yhteistoiminnasta yrityksissä 334/2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2007/20070334>

Launis, M. & Lehtelä, J. 2011. Ergonomia. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.

Louhevaara, V., Järvelin, S., Louhevaara, A. & Kotasaari, E. 2010. Biosignaalit psykofysiologisen kuormittumisen hallinnassa. Teoksessa: Kantolahti, T. & Tikander, T. (Toim.) 2010. Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:17. Helsinki: Yliopistopaino

Lowry, D. 2006. HR managers as ethical decision makers - Mapping the terrain. Asia Pacific Journal of Human Resources, 44 (2) 171 - 183.

Lueck, P., Eberle, G. ja Bonitz, D. 2008. Der Nutzen des betrieblichen Gesundheitsmanagements aus der Sicht von Unternehmen. Teoksessa: Badura, B., Schröder, H. ja Vetter, C. (toim.) 2008. Betriebliches Gesundheitsmanagement. Kosten und Nutzen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag. 65 – 76

Lynas, K. 2012. Leadership scheme to develop the careers of talented candidates. Nursing Management 9/2012, 34 – 37.

Lönnqvist J. Stressi ja depressio. 2009. [Viitattu 10.5.2013]. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020

MacKusick, C.I. & Minick, P. 2010. Why are nurses leaving? Findings from an initial qualitative study on nursing attrition. Medical Surgical Nursing 19(6), 335 – 340

McCarthy, G. & Fitzpatrick, JJ. 2009. Development of a competency frame-work for nurse managers in Ireland. The Journal of Continuing Education in Nursing 8, 346 - 350.

Manka, M-L., Kaikkonen, M-L & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön avuksi. Tutkimus- ja kehittämiskeskus Synergos. Tampere. Tampereen yliopisto ja Euroopan sosiaalirahasto.

Martimo, K-P., Antti-Poika M. & Uitti J. 2010. Työstä terveyttä. Kustannus Oy Duodecim. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Mattila, S., Lappalainen, J. & Aaltonen, M. 2012. Korkean riskin työpaikkojen tunnuspiirteiden määrittäminen. Helsinki: Työterveyslaitos.

Metcalfe, B & Woodhams, C. 2008. Critical perspectives in diversity and equality management. Gender in Management: An International Journal 6/2008, 377 - 381.

Moreau, M., Valente, F., Mak, R., Pelfrene, E., deSmet, P., DeBacker, G. & Kornitzer, M. 2004. Occupational stress and incidence of sick leave in the Belgian workforce: the Bel-stress study. Epidemiol Community Health 2004; 58 (6), 507 - 516.

Murtonen, M. & Tamminen, H. 2007. Tunnista ja toimi – opas kuntien työympäristöriskien arviointiin. Työturvallisuuskeskus. Painojussit: Kerava

Mäkipää, S., Laaksonen, K., Saarinen, J. & Miettinen, M. 2012. Miten terveydenhuoltoalan vetovoimaisuutta voidaan lisätä? Suomen Lääkärelehti 13/2012 vsk 67, 1060 – 1063.

Mäkitalo, J. & Launis, K. 2007. Häiriökuormitus – työn kuormittavuuden uusi muoto muuttuvassa työssä - Tapaustutkimus vanhainkotityöstä. Työ ja ihminen 1/2007. Aikakauskirja 21. vuosikerta. Työterveyslaitos: Helsinki.

Nachreiner, N.M., Gerberich, S.G., Ryan, A.D. McCovern, P.M. 2007. Perceptions of Violence and the work environment. *Industrial Health*, 45, 672 – 678.

National Research Council and Institute of Medicine. 2001. Musculoskeletal disorders and the workplace: Low back and upper extremities. Panel on musculoskeletal disorders and the workplace. Commission on behavioral and social sciences and education. National Academy Press, Washington DC, 2001.

Niemi-Murola, L. 2005. Ryhmästä tiimiksi – vuorovaikutusta leikkaussalissa. *Suomen lääkärilehti* vol. 60 (3), 305 - 308.

Niskanen, T., Kallio, H., Naumanen, P., Lehtelä, J., Liuhamo, M., Lappalainen, J., Sillanpää, J., Nykyri, E., Zitting, A. & Hakkola, M. 2009. Riskinarviointia koskevien työturvallisuus- ja työterveysäännösten vaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriö. *Selvityksiä 2009:22*. Helsinki: Yliopistopaino.

Northouse, P. 2004. *Leadership. Theory and practice*. London: SAGE Publication Ltd.

Nummelin, T. 2008. *Stressi haastaa työkyvyn*. Juva: WSOY.

Nylén, M. 2008. *Käsi-ihottumat hoito-opas*. Iholiitto. Iisalmi: Eco-Print Oy.

Oksa, P., Palo, L., Saalo, A., Jolanki, R., Mäkinen, I. & Kauppinen, T. 2012. *Ammattitaudit ja ammattitautiepäilyt 2010. Työperäisten sairauksien rekisteriin kirjatut uudet tapaukset*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Palomäki, T. 2007. Nanoteknologia lääketieteessä vaatii ohjeistojen uudistamista. *TABU 2/2007* 15 vuosikerta. Lääketietoa Lääkelaitokselta. s. 28.

Parantainen, A. 2007. Työn turvallisuuden edistäminen sairaaloissa -onnistuneen riskien hallinnan edellytykset ja kriittiset kohdat. Tutkimussuunnitelma. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveys-alan työ-tiimi.

Parantainen, A. & Laine, M. 2010. Työterveys ja -turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla 2000-luvulla - Sosiaali- ja terveysalan riskiprofiili. Turku: Työterveyslaitos.

Parantainen, A., Soini, S. & Salminen, S. 2010. Työn turvallisuuden edistäminen sairaaloissa – onnistuneen riskienhallinnan edellytykset ja kriittiset kohdat. Turku: Työterveyslaitos.

Parvikko, O. 2010. Työn psykososiaalisen kuormittavuuden hallinta. Teoksessa: Kantolahti, T & Tikander, T. (Toim.) 2010. Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:17. Helsinki: Yliopistopaino.

Parvinen, P., Lillrank, P. & Ilvonen, K. 2005. *Johtaminen terveydenhuollossa. Käytännöt, vastuut, valvonta*. Tampere: Tammer-paino Oy.

Pekka, T., Kaartinen, R., Träskelin, M. & Forma, P. 2010. Työterveyshuollon periaatteet, toimintamallit ja yhteistyö. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.

Penttinen, A. & Mäntynen, J. 2009. Työhön perehdytys ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. 2. painos. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Painojussit Oy.

Perkiö-Mäkelä, M., Hirvonen, M., Elo, A-L., Kandolin, I., Kauppinen, K., Kauppinen, T., Ketola, R., Leino, T., Manninen, P., Miettinen, S., Reijula, K., Salminen, S., Toivonen, M., Tuomivaara, S., Vartiala, M., Venäläinen, S. & Viluksela, M. 2010. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009. Työterveyslaitos: Helsinki [Viitattu 20.12.2012] Saatavissa:

http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelut/utkimus_2009.pdf

Peutere, L. 2006. Työolot, työyhteisön sosiaalinen pääoma ja psyykkinen oireilu. Pro Gradu – tutkielma. Sosiaalipsykologia. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto: Tampere.

Pietikäinen, E., Ruuhilehto, K. & Heikkilä, J. 2010. Vaaratapahtumista oppiminen – Opas sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioille. Tutkimusraportti VTT-R-00414-10. [Viitattu 14.2.2013] Saatavissa: www.vtt.fi/proj/typorh

Piili, M. 2006. Esimiestyön avaimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy

Piispa, M. & Hulkko, L. 2010. Työväkivallan riskiammatit. Työturvallisuuskeskuksen raporttisarja 1/2010. Työturvallisuuskeskus.

Piispa, M. & Hulkko, L. 2009. Työväkivalta on yleistä terveyden ja sosiaalialan ammateissa. Hyvinvointikatsaus 3/2009. Tilastokeskus. [Viitattu 31.12.2012] Saatavissa: http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0

Pohjonen, T., Murtonen, M., Toikka, T. & Tamminen, A. 2003. Työhyvinvointia hoiva- ja hoitotyöhön – Työprosessien kuvaaminen ja vaarojen arviointi työn kehittämisen välineenä. 1. Painos. Työturvallisuuskeskus. Helsinki: Topnova Oy.

Pompeii, L.A., Lipscomb, H.J. Schoenfish, AL. & Dement, J.M. 2009. Musculoskeletal Injuries Resulting From Patient Handling Tasks Among Hospital Workers. American Journal of Industrial Medicine 52: 571 - 578.

Porras, M. 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen aikuispsykiatrian vuodeosastoilla Kanta-Hämeen keskussairaalassa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma. [Viitattu 29.12.2012]. Saatavissa: <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02379.pdf>

Puro, V., Rasa, P-L. & Salminen, S. 2014. Terävät instrumentit terveydenhuollossa - Ehkäise pisto- ja viiltotapaturma tehokkaasti. Työterveyslaitos. Helsinki:

Ragins, B. R. & Kram, E. K. (toim.) 2007. The handbook of mentoring at work. Theory, research and practice. London: Sage publications.

Rainio, P. 2005. Kiinnitä työhön ja tulokseen. Opas kuntatyön perehdyttäjille. Kunta 2010- projekti. Suomen Kuntaliitto. Kunnallinen työmarkkinalaitos. Kuntien eläkevakuutus: Helsinki.

Rauramo, P. 2008. Työhyvinvoinnin portaat – viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki: EditaPublishing Oy.

Rautio, M. 2010. Arvioinnin moniulotteisuus ja työhyvinvoinnin hallintamahdollisuudet. Teoksessa: Kantolahti, T & Tikander, T. (Toim.) 2010. Puheenvuoroja työn kuormittavuudesta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:17. Helsinki: Yliopistopaino.

Reason, J. (1990): Human Error, Cambridge University Press.

Rehnbäck, K. & Keskinen, S. 2005. Työhyvinvointia alaistaidoilla ja esimiestyön hallinnalla. Kuntatyö kunnossa. Kuntien eläkevakuutus.

Reiman, T., Pietikäinen, E. & Oedewald, P. 2008. Turvallisuuskulttuuri: Teoria ja arviointi. Espoo VTT tiedotteita. [Viitattu 23.01.2013] Saatavissa <http://www.vtt.fi/inf/pdf/publications/2008/P700.pdf>

Rogers, P. & Williams, B. 2006. Evaluation for practice improvement and organizational learning. Teoksessa: Shaw, I.F., Greene, J. C. & Mark, M. M. (Toim.) The Sage Handbook of Evaluation. Policies, Programs and Practices. London: Sage Publications Ltd, 76-97.

- Ronhy-Östberg, M. & Rosendahl, S. 2004. Kehityskeskustelun Opas. Porvoo: WS Bookwell Oy.
- Ruckenstein, M., Suikkanen, J. & Tamminen, S. 2011. Unohda innovointi. Keskeytä arvontuontiin. Sitra 291. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Ruoranen, R. (Toim.) 2007. Perehdytyksen kehittäminen Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Ruuhilehto, K., Kaila, M., Keistinen, T., Kinnunen, M., Vuorenkoski, L. & Wallenius, J. 2011. HaiPro – millaisista vaaratapahtumista terveydenhuollon yksiköissä opittiin vuosina 2007–2009? Lääketieteellinen aikakauslehti Duodecim 2011;127:1033 – 40
- Ruuska, K. 2005. Pidä projekti hallinnassa. 4. uudistettu painos. Talentum: Helsinki.
- Sallinen, M, Kecklund, G. 2010. Shift work, sleep, and sleepiness - differences between shift schedules and systems. Scandinavian Journal Work Environ Health 2010; 36:2:121 – 33.
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus. Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Opetusjulkaisuja 62. Julkisjohtaminen 4. [Viitattu 25.3.2013] Saatavissa: http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Salminen, S., Ruotsala, R., Vorne, J. ja Saari, J. 2007. Turvallisuuslain toimeenpano työpaikoilla. Selvitys uudistetun työturvallisuuslain vaikutuksista työpaikkojen turvallisuustoimintaan. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:4.
- Sanguansri, P. ja Augustin, M.A. 2006. Nanoscale materials development- a food industry perspective. – Trends in Food Science & Technology 17, 547 – 556.
- Seppälä-Järvinen, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuunnitelmissa. Opas käytäntöihin. Stakes: Helsinki.
- Silfverberg, P. 2001. Ideasta projektiksi projektinvetäjän käsikirja. Konsulttitoimisto Planpoint Oy ja Työministeriö. [Viitattu 12.1.2013] <http://www.mol.fi/esf/ennakointi/raportit/pvopas.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Riskienhallinta ja turvallisuussuunnittelu. Opas sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle ja turvallisuusasiantuntijoille. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2011:15. Helsinki: Juvenes Print - Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Sundqvist, S., Jääskeläinen, A., Jyrä, K., Leivo, P., Pakarinen, T., Rusanen, M., Hättinen, R., Vesikkala, A., Vettenranta, A. & Toivola, T. (Toim.) 2002. Kunnallisen henkilöjohtamisen käsikirja, Suomen kuntaliitto, Kunnallinen työmarkkinalaitos: Helsinki..
- Suonsivu, K. 2008. Katsaus henkilöstön työhyvinvointiin ja sen johtamiseen. Tampereen kaupunki. Hyvinvointipalvelut, Laitoshoido. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy Painatuskeskus.
- Suutarinen, M. & Vesterinen, P-L. 2010. Työhyvinvoinnin johtaminen. Helsinki: Otava.
- Tammi, O. 2007. Esimies tukee muutoksessa. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus.
- Tamminen-Peter L. 2005. Hoitajan fyysinen kuormittuminen potilaan siirtymisen avustamisessa – kolmen siirtomenetelmän vertailu. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Tapaturmavakuutuslaki. 20.8.1948/608 [Viitattu 15.2.2013.] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1948/19480608>
- Taskinen, H., Lindbohm, M.-L. & Frilander H. 2006. Ohjeet vaaran arvioimisesta erityisäitiysvaapaan tarvetta harkittaessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tiittula, L. & Ruusuvuori, J. 2005. Johdanto. Teoksessa Ruusuvuori, J. & Tiittula, L. (toim.) Haastattelu. Tutkimus, tilanteet ja vuorovaikutus. Tampere: Vastapaino, 9 – 21.

Tinkle, S. S., Antonini, J. M., Rich, B. A., Roberts, J. R., Salmen, R., DePree, K. & Adkins, E. J. 2003. Skin as a route of exposure and sensitization in chronic beryllium disease. *Environmental Health Perspectives* (2003) 111, 1202 - 1208.

Toll, R., Jacobi, U., Richter, H., Lademann, J., Schaefer, H. & Blumepeytavii, U. 2004. Penetration profile of microspheres in follicular targeting of terminal hair follicles. – *Journal of Investigative Dermatology* (2004) 123, 168 - 176

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi tutkimuksen välineinä. Helsinki, Tammi.

Tuomi, J. 2005. Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Opas kouluttajalle karikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu. Tampere. [Viitattu 15.4.2014] Saatavissa: <http://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/C/6-Kokemuksia-tyoyhteison-kehittamiseen-Opas-kouluttajalle-karikkojen-valttamiseksi.pdf>

Tuomi, J. 2007. Tutki ja lue. Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos. 2014. Osallisuus ja sosiaalinen pääoma. [Viitattu 25.3.2014] Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/tavoitteet/tavoitteet-osallisuuteen?&print=true

Torniainen, K. 2013. Henkilökohtainen tiedonanto. Turun Ammattikorkeakoulu 23.9.2013.

Työaikalaki 9.8.1996/605. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960605>

Työsopimuslaki 26.1.2001/55. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010055>

Työterveyslaitos. 2013. Mitä ergonomia on? [Viitattu 12. 4. 2014] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/mita_ergonomia_on/sivut/default.aspx

Työterveyshuoltolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työturvallisuuskeskus. 2014a. Fyysinen työkuormitus. [Viitattu 10.2.2014] Saatavissa: http://www.tyoturva.fai/tyosuojelu/fyysinen_tyokuormitus

Työturvallisuuskeskus. 2013. Toimintaohjeita ongelmatilanteisiin. [Viitattu 7.4.2014] Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/fi/toimintaohjeita>

Työterveyslaitos. 2014. Esimiestyö ja johtaminen. 360° TUTKA® -arviointi- ja palautemenetelmä. [Viitattu 6.5.2014] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/asiantuntijapalvelut/tyoyhteiso_ ja_esimiestyo/esimiestyo_ ja_johtaminen/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2013. Kehityskeskustelu. [Viitattu 10.4.2014] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyoyhteiso_ ja_esimiestyo/johtaminen_ ja_esimiestyo/kehityskeskustelu/sivut/default.aspx?snb_adname=paim2

Työterveyslaitos. 2011. Työajat, terveys ja hyvinvointi. [Viitattu 2.1.2014] Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tyoaika/tyoajat_terveys_hyvinvointi/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos 2009. Potilassiirtojen Ergonomiakortti – keino lisätä työ- ja potilasturvallisuutta. [Viitattu 2.4.2014] Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/upload/fagerstrom2.pdf>

Työturvallisuuskeskus. 2009. Työhön perehdyttäminen ja opastus – ennakoivaa työsuojelua. [Viitattu 3.4.2014] Saatavissa: http://www.ttk.fi/files/800/Tyohon_perehdyttaminen2009.pdf

Työturvallisuuskeskus. 2014b. Vaaratekijöiden tunnistaminen ja riskien arviointi. [Viitattu 11.5.2014] Saatavissa: <http://www.ttk.fi/riskienarviointi>

Työturvallisuuslaki 23.8.2002/738. [Viitattu 26.12.2012] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Utrainen K, Ala-Mursula L, Vironkannas H. 2011. Näkökulmia sairaanhoitajien työhyvinvointiin. Tutkiva hoitotyö, 9(1), 36.

Valtionkonttori. 2007. Avoimuutta arkeen - Varhaisen puuttumisen opas valtion työpaikoille. [Viitattu 14.4.2014] Saatavissa: www.valtiokonttori.fi/vakuutus/julkaisut/opaat.

Valtioneuvoston asetus kemiallisista tekijöistä työssä 9.8.2001/715. [Viitattu 25.1.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20010715>

Valtioneuvoston asetus terävien instrumenttien aiheuttamien tapaturmien ehkäisemisestä terveydenhuoltoalalla 317/2013. [Viitattu 10.4.2014] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2013/20130317>

Valtioneuvoston päätös 1155/1993 työntekijöiden suojelemisesta työhön liittyvältä biologisten tekijöiden aiheuttamalta vaaralta. [Viitattu 24.1.2013] Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1993/19931155>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2006. Henkinen kuormittuminen. Ohjeita kuormittumisen hallintaan. [Viitattu 3.4.2014] Saatavissa: <http://www.tyosuojelu.fi/upload/vsshp-henkinenkuormittuminen.pdf>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2010. Hoitotyön toimintaohjelma vuosille 2010–2015. Turku: Euraprint.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2007. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja, sarja D nro 17. Turku: Finepress Oy.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. 2014. Tilinpäätös ja toimintakertomus vuodelta 2013. [Viitattu 27.3.2014] Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/7435/59959/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin toimintakertomus. 2011. [Viitattu 15.12.2012] Saatavissa: <http://www.vsshp.fi/fi/tilinpaatos2011>

Viitala, R. 2007. Henkilöstöjohtaminen, strateginen kilpailutekijä. Helsinki. Edita Publishing Oy.

Virtainlahti, S. 2008. Hiljaisen tietämyksen johtaminen. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vähämäki, A. Työsuojelu ja yleinen turvallisuus. Teknisen huollon yksikkö. VSSH. Power pointesitys [Viitattu 25.10.2013] Saatavissa: vsshp.fi/fi/dokumentit/32354/tyoturvallisuus.pdf.

Wang, J. 2004. Work stress as a risk factor for major depressive episode(s). Departments of Psychiatry and of Community Health Sciences, Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canada Psychol Med, 2005; 35(6), 865 – 871.

World Health Organization. 2009. Mental health. Retrieved 22 September 2009. [Viitattu 3.2.2013] Saatavissa: http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Åkerstedt T. 2006. Psychosocial stress and impaired sleep. Scandinavian Journal of Work Environment Health 2006; 32(6), 493 - 501.

Äimälä, A-M., Tuomi, J. & Wallin, O. 2005. Hankkeen aloitus – pysähdy pohtimaan onko aika kehittää. Julkaisussa Tuomi, J. (toim.) Kokemuksia työyhteisön kehittämiseen. Opas kouluttajalle karikkojen välttämiseksi. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit

Nro 6. Tampere. [Viitattu 13.1.2013] Saatavissa: <http://julkaisut.tamk.fi/PDF-tiedostot-web/C/6-Kokemuksia-tyoyhteison-kehittamiseen-Opas-kouluttajalle-karikkojen-valttamiseksi.pdf>

Österberg, M. 2009. Henkilöstöasiantuntijan käsikirja. 3. painos. Helsinki: Gummeruksen kirjapaino Oy.

HAASTATTELUTEEMAT

Teema 1 Miten esimies voi tunnistaa työturvallisuuspoikkeamia?

1. Miten esimies tunnistaa hoitotyöhön liittyviä vaaratekijöitä?
2. Mikä voi edistää hoitohenkilöstön työturvallisuuspoikkeamien tunnistamista?
3. Mikä estää hoitohenkilöstön työturvallisuuspoikkeamien tunnistamista?

Teema 2 Miten esimies voi vaikuttaa työturvallisuuspoikkeamista ilmoittamiseen?

1. Tunnettaanko osastoilla työturvallisuuspoikkeamien ilmoitusmenettely?
2. Perehdytetäänkö hoitotyöntekijä työturvallisuuspoikkeamien ilmoitusmenettelyyn?

Teema 3 Miten esimies käsittelee työturvallisuuspoikkeamia?

1. Miten työturvallisuuspoikkeamia käsitellään?
2. Onko olemassa yhtenäistä käytäntöä?

Opinnäytetyönä toteutettavankehittämiprojektin nimi: Hoitotyöntekijöiden työturvallisuuspoikkeamien toimintamalli esimiehille

Hyvä osastonhoitaja

Päiväys 17.7.2013

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan vapaaehtoiseen nauhoitettuun ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on kerätä aineistoa edellä mainitun kehittämissuorituksen toteuttamiseen. Nauhoitetun ryhmähaastattelun tarkoituksena on löytää jo olemassa olevia hyviä käytänteitä sekä luoda yhtenäinen toimintamalli hoitotyöhön liittyvien turvallisuuspoikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamiseen ja niiden käsittelyyn esimiestasolla.

Sinun osallistumisesi nauhoitettuun ryhmähaastatteluun on erittäin tärkeää, koska sen johdosta toimintamallista tulee luotettavampi. Nauhoitetun ryhmähaastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa. Nauhoitettu aineisto tullaan hävittämään polttamalla se analysoinnin jälkeen. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu niin halutessasi.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammatti-korkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytetyönä toteutettavaan kehittämissuoritukseen. Ohjaajana toimii Katja Heikkinen Lehtori, TtT, Sh, Turun ammattikorkeakoulu, terveysala, Aikuisten tutkintoon johtava koulutus.

Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle 13.8 kello 8.30 alkaen neurologin toimialueen neuvotteluhuoneessa TE5 krs (E503) jolloin nauhoitettu ryhmähaastattelu toteutetaan.

Osallistumisestasi kiittäen

Nimi: Päivi Niemi

Sairaanhoitaja/Kliininen asiantuntijuus koulutusohjelman yamk-opiskelija

Yhteystiedot: paivi.a.niemi@students.turkuamk.fi

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa _____ opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____

Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot tarvittaessa _____

TUTKIMUSTIEDOTE

Hoitotyöntekijöiden työturvallisuuspoikkeamien toimintamalli esimiehille kehittämisprojekti on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammatti korkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Varsinais-Suomen sairaanhoitotapiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteiseen Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämishankkeeseen vuosille 2009–2015 HoiPro- hankkeeseen.

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää hoitohenkilöstön työssä koettavien työturvallisuuspoikkeamien tunnistamista, ilmoitusmenettelyä sekä työturvallisuuspoikkeamien käsittelyä esimiestasolla. Tarkoituksena on löytää hyviä käytänteitä työturvallisuuspoikkeamien tunnistamiseen, ilmoittamismenettelyyn ja käsittelyyn esimiestasolla.

Tutkimusaineistoa kerätään ryhmähaastattelun avulla neurologian toimialueen yli- ja osastonhoitajilta (n=8) ja osastonhoitajan ollessa estyneenä, niin apulaisosastonhoitajilta. Aineiston keruu tapahtuu elokuussa nauhoitettavalla teemotetulla ryhmähaastattelulla. Ryhmähaastattelun tarkoituksena on löytää yhtenäisiä toimintatapoja työturvallisuuspoikkeamien tunnistamisesta, ilmoittamismenettelystä ja niiden käsittelystä esimiestyössä. Osallistuminen ryhmähaastatteluun on vapaaehtoista.

Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektiin liittyvän yhtenäisen työturvallisuuspoikkeamien tunnistamisen, ilmoittamismenettelyn ja käsittelyn mallin luomiseen. Tutkimukselle on saatu lupa Sari Johanssonilta. Tutkimuksesta saa lisätietoja

Päivi Niemi, Sh (AMK), Yamk-opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu, terveysala

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma

GSM 040 7739104

Email: paivi.a.niemi@students.turkuamk.fi

Ohjaaja: Katja Heikkinen, Lehtori, TtT, Sh

Turun ammattikorkeakoulu, terveysala

Aikuisten tutkintoon johtava koulutus

GSM: + 358 40 355 0405

Email: katja.heikkinen@turkuamk.fi

Taulukko 1. Työturvallisuusvaarojen tunnistaminen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Kerrotaan elämään liittyvästä tapahtumasta	Tiedostetaan henkilökunnan henkilökohtaisen tapahtuman vaikutukset työhön	Psyykkisen työturvallisuusvaaran tunnistaminen	
Henkilökunta kertoo esimiehelle potilaan kertomasta epäilyttävästä henkilöstä	Tiedostetaan henkilökunnan kertomana mahdollisesta vaarasta	Fyysisen ja psyykkisen työturvallisuusvaaran tunnistaminen	Työturvallisuusvaarojen tunnistaminen
Henkilökunta tunnistaa laitevian ja kertoo lähiesimiehelle.	Tiedostetaan henkilökunnan kertomana rikkiäisten laitteiden vaarat	Fyysisen työturvallisuusvaaran tunnistaminen	
Ohjeet suojautumiseen ja neulanpistoihin käytössä	Tunnistetaan ilmoituksen kautta	Biologien työturvallisuusvaaran tunnistaminen	
Puhdistusaineiden ohjeet ainoastaan laitoshuoltajilla	Tiedostettiin mahdollinen vaaratekijä.	Kemiallisen työturvallisuusvaaran tunnistaminen	

Taulukko 2. Työturvallisuusvaaroista ilmoittaminen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Käsitellään kahvipöytäkeskusteluissa	Työntekijän epävirallinen ilmoitus	Ilmoittaminen	
”Haukkumiset” katsotaan kuuluvaksi ammattiin	Ilmoittamatta jättäminen	Ilmoittaminen	Työturvallisuusvaaroista ilmoittaminen
Ilmoitusjärjestelmä koetaan monimutkaiseksi	Järjestelmän monimutkaisuus	Ei ilmoiteta	
Pidempiaikaiset sijaiset perehdytetään ilmoitusjärjestelmän osaamiseen	Ilmoitusjärjestelmän muodonhallitseminen	Ei aina ilmoiteta	

Taulukko 3. Ilmoitusten käsitteleminen

Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria	Yhdistävä kategoria
Käydään kahvipöytä keskusteluissa läpi	käsitellään epävirallisesti toimintayksiköissä	Epävirallinen käsittely yksiköissä	
Ilmoitukset häviävät toimialueen ylihoitajalta	Tilastoidaan puolivuositason	Ilmoitusten käsittely nopeasti	Ilmoitusten käsitteleminen
Ilmoitusten organisaatiotason käsittelystä ei tule tietoa toimialueen esimiehille.	Tiedotuskäytännön puutteellisuus	Tieto käsittelystä toimialueelle	

Toimintamallin kuvat

