

Anni Aho & Katja Kainulainen

RISKITEKIJÄT HOITOTYÖSSÄ
Riskinarviointi Mäntyharjun terveyskeskuksen hoitohenkilöstölle


Opinnäytetyö
Hoitotyö

Marraskuu 2014




MAMK
University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MAMK University of Applied Sciences	Opinnäytetyön päivämäärä 11.11.2014	
Tekijä(t) Anni Aho & Katja Kainulainen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyö	
Nimeke Riskitekijät hoitotyössä – Riskinarviointi Mäntyharjun terveyskeskuksen henkilökunnalle		
Tiivistelmä <p>Työturvallisuuslaki (738/2002) velvoittaa työnantajan huolehtimaan työntekijöiden työturvallisuudesta ja työterveydestä. Käytännössä työnantajan vastuulla on löytää työhön liittyvät haitta- ja vaaratekijät, sekä pyrkiä ehkäisemään niitä. Työturvallisuutta ja työterveyttä uhkaavien tekijöiden löytämiseksi työpaikalla on tehtävä riskinarviointi.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli suorittaa Mäntyharjun terveyskeskuksessa riskinarviointi, eli selvitys työntekijöiden työssään kokemista riskitekijöistä. Opinnäytetyön tavoitteena oli parantaa kyselyn tulosten avulla työturvallisuutta Mäntyharjun terveyskeskuksessa.</p> <p>Kysely toteutettiin määrällisenä tutkimuksena, johon sisältyi myös laadullinen osuus avoimien kysymysten kautta. Kyselylomakkeena käytettiin Kaste-hankeen (2009–2011) sisällä VeTe-hankkeessa terveydenhuollon käyttöön kehitettyä Riskinarvioinnin apulomaketta. Lomakkeessa riskitekijät on jaoteltu viiteen eri luokkaan. Niitä ovat kemialliset ja biologiset riskitekijät, tapaturman vaara, psykososiaalinen kuormittuminen, ergonomia sekä fysikaaliset vaaratekijät.</p> <p>Kemiallisten ja biologisten riskitekijöiden osalta työturvallisuus oli suurelta osin kunnossa, mutta esimerkiksi neulojen hylsytyskiellon noudattamisessa löytyi parantamisen varaa. Tapaturman vaaraa aiheutti liukastumisen vaara ja potilaan aggressiivinen käytös hoitajaa kohtaan. Psykososiaalista kuormittumista lisäsi kouluttautumisen ja suunnittelun vähäinen osuus työssä, sekä kokemus sujuvan perehdytyksen puuttumisesta. Sen sijaan työilmapiiri koettiin hyväksi. Ergonomian osa-alueen riskitekijöistä vuorotyön terveyshaitat tunnettiin, mutta vuorotyön ergonomisen suunnittelun ei koettu olevan yhtä sujuvaa. Ongelmatekijöinä fysikaalisten vaaratekijöiden osa-alueelta nostettiin esille muun muassa riittämätön ilmanvaihto sekä lämpötilan epätasainen jakautuminen. Positiivisena asiana koettiin riittävä valaistus sekä työn matala melutaso.</p> <p>Riskinarviointi on helposti toistettavissa. Jatkossa kysely olisi järkevää toteuttaa sähköisenä kyselynä aineiston analyysivaiheen yksinkertaistamiseksi ja työmäärän vähentämiseksi.</p>		
Asiasanat (avainsanat) Riskinarviointi, työturvallisuus, riskitekijät		
Sivumäärä	Kieli	URN
52 (3)	suomi	
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Riitta Riikonen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Mäntyharjun terveyskeskus

DESCRIPTION

 MAMK University of Applied Sciences	Date of the bachelor's thesis 11.11.2014	
	Author(s) Anni Aho & Katja Kainulainen	Degree programme and option Degree programme in nursing
Name of the bachelor's thesis Hazards in nursing - Risk evaluation for personnel in Mäntyharju health care center		
Abstract <p>The law regarding work safety (738/2002) defines the employers' responsibility to take care of employees work safety and work health. That means that it is the employers' assignment to find out the safety hazards in work, and try to prevent them. For finding the issues that threat work safety and health a risk evaluation needs to be done in all workplaces.</p> <p>The purpose for our bachelor thesis was to accomplish a risk evaluation in Mäntyharju health care center, which means a research about the safety hazards the employees experience in work. The goal for the bachelor thesis was to enhance the work safety in Mäntyharju health care center, based on the results of the survey.</p> <p>The survey was done as a quantitative research, which included also a qualitative part by the open questions. The form we used in the survey was produced by a scheme called Kaste (2009-2011), and the form was meant for health care use. In the form the safety hazards are categorized in to five categories. Those are chemical and biological risks, the risk of a casualty, psychosocial load, ergonomics and physical risks.</p> <p>In the area of chemical and biological risks the basics were in good terms, but for example the handling of used needles was something that needs to be improved. The risk of a casualty was caused by the danger or slipping and by the aggressive behaviour by a patient towards the nurse. The lack of education and planing the work were experienced as things that add the psychosocial load in work, and also the lack of training the new employees in the workplace. On the other hand the working environment was experienced good. In the area of ergonomics the dangers regarding shift work are known, but the ergonomic planing of shifts was experienced less smooth. The problems that were experienced in the area of physical hazards were the insufficient ventilation and the unsteady dividing of temperature in the workplace. The positive things that were brought up in the survey were for example the sufficient lighting and the low level of noise at work.</p> <p>The risk evaluation is easy to remake. It would be reasonable to use a computer-assisted questionnaire to decrease the amount of work with the analysis of material.</p>		
Subject headings, (keywords) Risk evaluation, work safety, safety hazards		
Pages 52 (3)	Language Finnish	URN
Remarks, notes on appendices		

Tutor Riitta Riikonen	Bachelor's thesis assigned by Mäntyharju health care center

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	RISKINARVIOINTI TYÖTURVALLISUUDEN PERUSTANA.....	2
2.1	Riskinarvioinnissa käytettävät käsitteet.....	3
2.2	Onnistunut riskinarviointi.....	3
2.3	Riskinarviointi hoitoalalla.....	4
2.4	Työsuojelu – yhteistyötä työturvallisuuden parantamiseksi.....	5
3	RISKITEKIJÄT.....	6
3.1	Kemialliset ja biologiset riskit.....	7
3.2	Tapaturman vaara.....	8
3.3	Psykososiaalinen kuormittuminen.....	10
3.4	Ergonomia.....	12
3.5	Fysikaaliset vaaratekijät.....	13
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE.....	14
5	TUTKIMUSMENETELMÄT.....	14
5.1	Kyselylomake.....	16
5.2	Aineistonkeruu.....	18
5.3	Aineiston analyysi.....	19
6	TULOKSET.....	20
6.1	Kemialliset ja biologiset tekijät.....	22
6.2	Tapaturman vaara.....	25
6.3	Psykososiaaliset riskitekijät.....	29
6.4	Ergonomia.....	34
6.5	Fysikaaliset riskitekijät.....	38
7	TULOSTEN YHTEENVETO.....	41
7.1	Kemialliset ja biologiset riskitekijät.....	41
7.2	Tapaturman vaara.....	42
7.3	Psykososiaalinen kuormittuminen.....	43
7.4	Ergonomia.....	46
7.5	Fysikaaliset vaaratekijät.....	46
8	POHDINTA.....	49
8.1	Tulosten luotettavuus.....	49

8.2	Eettinen näkökulma	50
8.3	Opinnäytetyön merkitys ja kehittämissuhteet.....	52
	LÄHTEET	53

LIITTEET

- 1 Saatekirje
- 2 Kyselylomake
- 3 Riskitekijöiden kuvaus

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on riskienarviointi hoitotyössä Mäntyharjun terveyskeskuksen avo- ja sairaalapalveluiden henkilökunnalle kattavana kyselytutkimuksena. Tarkoituksena on kartoittaa työntekijöiden kokemat riskit työssään erilaisilla työturvallisuuden osa-alueilla. Työturvallisuuslaki (738/2002) määrittää, että kaikilla työnantajilla on velvollisuus selvittää ja arvioida työntekijöille aiheutuvia vaaroja ja haittoja työssään. Myös työterveyshuoltolaki velvoittaa selvittämään työn sisältämät riskit ja arvioimaan turvallisuutta. Tämä korostaa opinnäytetyömme merkitystä kyseisessä työyhteisössä. Opinnäytetyömme pohjalta on helppo toteuttaa myös uusi riskinarviointi, jolloin voidaan arvioida kyselyn tulosten pohjalta toteutettujen työturvallisuutta parantavien toimenpiteiden vaikuttavuus työyhteisössä.

On tärkeää tutkia aihetta nimenomaan työntekijöiden itsensä kokemana. Aihe mahdollistaa aiheen tarkastelun usean keskenään erilaisen työyksikön näkemyksen kautta, koska kysely teetetään kaikille Mäntyharjun avo- ja sairaalapalveluiden yksiköille. Mahdollisesti polikliinisessä päivätyössä ja vuodeosaston vuorotyössä riskitekijät ovat keskenään hyvinkin erilaisia. Aihevalinta mahdollistaa vertailun työhön liittyvistä riskeistä eri yksiköiden välillä.

Opinnäytetyömme toimeksiantajana on Mäntyharjun terveyskeskuksen avohoito- ja sairaalapalvelut. Avopalveluiden alaisuudessa toimii arkisin lääkärin sekä sairaanhoitajan vastaanotto, röntgen, fysioterapia, neuvola, sekä mielenterveysvastaanotto. (Vainikka 2014.)

Sairaalapalveluiden alaisuuteen kuuluu kaksi vuodeosastoa. Vuodeosasto 1:llä hoidetaan pääsääntöisesti perusterveydenhuoltoa vaativia akuutteja sairastapauksia sekä kuntoutuspotilaita. Vuodeosasto 2 on puolestaan keskittynyt pitkäaikaispotilaiden hoitoon. (Vainikka 2014.)

Mäntyharjun terveyskeskuksessa työskentelee yhteensä noin 60 hoitohenkilöstöön kuuluvaa työntekijää. Heidän lisäksi terveyskeskuksessa työskentelee myös ravitsemuksesta ja puhtaudesta huolehtivia työntekijöitä, kuten laitoshuoltajia ja keittiötyöntekijöitä. Mäntyharjun terveyskeskus sijaitsee Etelä-Savossa Mäntyharjun kunnassa, noin 45 kilometrin päässä Mikkelistä kaakkoon. Mäntyharjun kunnassa asuu

noin 6400 asukasta, mutta kesäisin pitäjän väkiluku kasvaa kesämökkeilijöiden myötä: kunnan alueella sijaitsee noin 4400 kesäasuntoa. (Mäntyharjun kunta 2013.)

2 RISKINARVIOINTI TYÖTURVALLISUUDEN PERUSTANA

Riskinarvioinnilla tarkoitetaan systemaattista ja laajaa riskien ja terveydelle haitallisten tekijöiden tunnistamista. Riskinarviointiin kuuluu myös tunnistettujen riskitekijöiden merkityksellisuuden arviointi työturvallisuuden ja -terveyden näkökulmasta. Riskinhallinta kuuluu oleellisena osana riskinarviointiprosessiin. Riskinhallinta tarkoittaa paitsi konkreettisia toteutettavia toimenpiteitä riskitekijöiden vähentämiseksi ja hallitsemiseksi, myös riskitekijöiden suuruuden arvioimista ja niiden pohjalta parhaiden toimenpiteiden valitsemista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003.)

Myös työterveyshuoltolaki (1383/2001) määrittää, millä tavoin työn riskit täytyy huomioida, jotta työskentely olisi mahdollisimman turvallista. Lain mukaan työnantajan ja työntekijän lisäksi työterveyshuolto on vastuullinen toimija turvallisuuden, terveyden ja toimintakyvyn edistämiseksi. Lain mukaan nämä kolme toimijaa toimivat yhdessä työhön liittyvien tapaturmien ja sairauksien ehkäisemiseksi, sekä työympäristön ja -yhteisön toiminnan edistämiseksi. Työterveyshuoltoissa veloitetaan työterveyshuolto selvittämään ja arvioimaan työssä esiintyviä paitsi henkilöstön terveystarkastusten avulla, niin myös työpaikkakäynnein. Työterveyshuolto on velvollinen osaltaan parantamaan työturvallisuutta ja -terveyttä esimerkiksi toimenpide-ehdotuksin, tiedon- ja neuvonantajana sekä työturvallisuuden ja -terveyden ohjaavana asiantuntijana. Työnantaja on velvollinen tiedottamaan työterveyshuoltoa työstä, työolosuhteista ja työjärjestelyistä, työtapaturmista, ammattitaudeista sekä henkilöstöstä. Näiden tietojen perusteella työterveydenhuollon ammattilaiset osaavat oikealla tavalla arvioida ja ehkäistä henkilöstön kohtaamia riskitekijöitä.

Euroopan Unionin riskinarviointioppaassa riskinarvioinnin keskeisiin toimenpiteisiin lukeutuu paitsi työperäisten riskien ennaltaehkäisy, myös riittävän tiedon antaminen ja harjoittelun mahdollistaminen työntekijöille. Näiden toteutumiseksi organisaatiolla täytyy olla riittävästi keinoja ja työkaluja toteuttaa tarvittavat toimenpiteet työturvallisuuden parantamiseksi. (European Commission 1996, 11.)

2.1 Riskinarvioinnissa käytettävät käsitteet

Riskinarvioinnin keskeiset käsitteet on määritelty Euroopan Unionin riskinarviointioppaassa (1996) ja Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuissa (2008; 2013) (taulukko 1 ja 2).

TAULUKKO 1. Euroopan Unionin määritelmiä (European Commission 1996, 11)

Vaara (Hazard): Jollakin asialla on sille kuuluva luontainen ominaisuus, mistä voi aiheutua haittaa.
Riski (Risk): Riski kuvaa haitallisen tapahtuman todennäköisyyttä ja haitan suuruusluokkaa.
Riskinarviointi (Risk assessment): Prosessi, jossa arvioidaan työpaikalla ilmenevät vaaratekijät ja niistä aiheutuva riski henkilöstön terveydelle ja turvallisuudelle.

TAULUKKO 2. Sosiaali- ja terveysministeriön määritelmiä (2008; 2013)

Vaaratilanne: työntekijään kohdistuu vaaratekijöitä (yksi tai useampia)
Vaaralle altistuminen: työntekijä joutuu vaaravyöhykkeelle ja altistuu näin vaaralle, sekä sen aiheuttamille vaarallisille seurauksille
Turvallisuus: varmuus siitä, että mahdollisia vahinkoja ei synny ja työpaikalla ilmenevät riskitekijät ovat hyväksyttäviä
Työturvallisuus: työympäristön tila suhteessa työntekijän turvallisuuteen ja terveyteen

2.2 Onnistunut riskinarviointi

Riskinarvioinnin toteuttamistapa riippuu työpaikan henkilöstömäärästä ja rakenteesta. Pienillä työpaikoilla riskinarvioinnin toteutus voi olla hyvinkin yksinkertainen prosessi. Suuremmissa yksiköissä arviointi voi kuitenkin sisältää monta erilaista vaihetta työpaikkakyselyistä työterveyshuollon toteuttamiin työpaikkakäynteihin sekä palaveriin jatkotoimiin liittyen. (Pääkkönen ym. 2010, 150–151.)

Työpaikasta riippumatta hyvälle riskinarvioinnille on määritelty kriteerit, joita ovat riskinarvioinnin avoimuus, kyselyn ja henkilöstön osallistumisen kattavuus, mahdollisten erityisryhmien huomiointi, sekä riskien oikeanlainen arviointi. Lisäksi hyvä riskinarviointi dokumentoidaan huolellisesti, jotta se voidaan myöhemmin toteuttaa ja arvioida uudelleen. (Pääkkönen ym. 2010, 151.)

Puolueettomuus ja totuudenmukaisuus ovat avainsanoja hyvin toteutetussa riskinarvioinnissa. On tärkeää, että asiat esitetään aineistoa kerättyinä sellaisena kuin ne todellisuudessa ovat. Hyvässä riskinarvioinnissa osallistujajoukko koostuu päättävässä asemassa olevista työntekijöistä, asiantuntijoista sekä rivityöntekijöistä. Riskinarvioinnin toteutuksen eri vaiheista ja tuloksista informoidaan henkilöstölle hyvin, mikä tukee koko henkilöstön osallistumista riskinarviointiprosessiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 8.)

2.3 Riskinarviointi hoitoalalla

Hoitoala on Suomessa merkittävä työllistäjä, sillä lähes 200 000 ihmistä työskentelee terveydenhuollon tehtävissä. Julkisen terveydenhuollon toimintaympäristö toimii työpaikkana valtaosalle heistä. Tällä alalla työskentelyyn liittyy riskejä, joita pyritään hallitsemaan järjestelmällisesti ja säännöllisesti toteutetun riskinarvioinnin avulla. (Parantainen & Soini 2010, 5–9.)

Vaikka hoitoalallakin riskinarviointi on paitsi selkeä, suunniteltu prosessi, niin sen tulisi olla myös jokapäiväinen osa jokaisen työntekijän työtä. Riskinarvioinnin toteuttamisesta vastaavat linja- ja lähiesimiehet, mutta rivihenkilöstölläkin on lain määrittämä velvollisuus tarkkailla työtä ja työympäristöä työturvallisuuden näkökulmasta. (Parantainen & Soini 2010, 17, 31–33.)

Tutkittua tietoa kokonaisvaltaisesta riskitekijöiden esiintyvyydestä tutkimuskohteemme kaltaisessa ympäristössä ei ole tiettävästi näin kattavasti tehty. Sen sijaan suurempia terveydenhuollon yksiköitä ja päivystyspoliklinikoita sekä tiettyjä työturvallisuuden osa-alueita on tutkittu viime vuosina enemmän. Esimerkiksi Hämäläisen ja Lantan tutkimus (2008) käsittelee psyykkisten ja sosiaalisten kuormitustekijöiden kokemista psykiatrian yksiköiden henkilökunnan kannalta. Tutkimustietoa on löydettävissä

enemmän myös yksittäisten osa-alueiden pohjalta, kuten esimerkiksi ergonomiasta (Tuominen 2010).

Fysikaaliset riskitekijät ovat hoitoalalla merkittävä ja huomionarvoinen asia. Julkisen terveydenhuollon rakennusten rapistuva kunto ja vanhentuneesta rakennustekniikasta aiheutuvat sisäilmaongelmat ovat olleet tiedossa jo 90-luvulta lähtien. Sosiaali- ja terveysministeriö teetti usean eri tahon pyynnöstä vuonna 2005 kattavan selvityksen Suomen keskussairaaloiden rakennusten kunnosta. Selvityksen perusteella suositeltiin ilmanvaihdon nykyaikaistamista, jotta selvityksessä ilmenneitä sisäilmaongelmia voitaisiin jatkossa vähentää. (Reijula 2005.)

Psykososiaaliset riskitekijät ovat nousseet viime vuosina merkittävimmäksi riskitekijäksi työn ja terveyden välillä. Työntekijöidensä työhyvinvoinnista huolehtivat työyksiköt tulevat pärjäämään tulevaisuuden työmarkkinoilla. (Hahtela & Mäkipää 2010.) Muun muassa hoitoalalle tyypillisen vuorotyön on todettu vaikuttavan työntekijän unen laatua heikentävästi Työstressi ja uni hoitotyössä -tutkimuksessa (Karhula ym. 2011). Psykososiaalisista riskitekijöistä väkivallan uhka ja väkivallan kokeminen hoitotyössä ovat myös arkipäivää hoitajan työssä. Mirja Rasimuksen väitös (2002) nosti väkivallan merkittävämmäksi päivystysluontoisen työn turvallisuutta uhkaavaksi tekijäksi jo 90-luvun loppupuolella.

2.4 Työsuojelu – yhteistyötä työturvallisuuden parantamiseksi

Työsuojelulla tarkoitetaan työnantajan, työntekijöiden, valvovan viranomaisen sekä muiden toimijoiden tekemää työtä työturvallisuuden ja työterveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014). Työsuojelutoimintaa ohjaa työturvallisuuslaki (738/2002). Laki määrittelee työnantajan ja työntekijän vastuut työturvallisuuden sekä työterveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi.

Työturvallisuuslaissa määritellään yksityiskohtaisesti työnantajan vastuut ja velvollisuudet. Työnantajan vastuulla on huolehtia työntekijöidensä terveydestä ja turvallisuudesta. Laki määrittää, että työnantaja on velvollinen suunnittelemaan, valitsemaan, mitoittamaan sekä toteuttamaan työterveyttä ja työturvallisuutta ylläpitävät ja parantavat toimenpiteet työpaikalla. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Lisäksi työnantajan kuuluu selvittää ja arvioida työn riskitekijöitä. Jos työnantajalla ei itsellään ole tähän tarpeeksi asiantuntijuutta, niin työnantajan velvollisuus on teettää riskikartoitus asian hallitsevilla asiantuntijoilla. Työnantaja on myös velvollinen ohjaamaan ja opettamaan henkilökuntaansa työn riskitekijöistä. Työnantajan vastuulla on myös hankkia työntekijöiden käyttöön työturvallisuuden ja terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi tarvittavat välineet, esimerkiksi henkilösuojaimet ja apuvälineet. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työntekijän velvollisuuksiin kuuluu osaltaan edistää työturvallisuuden toteutumista työpaikalla. Hänellä on velvollisuus ilmoittaa työturvallisuutta ja -terveyttä uhkaavista riskitekijöistä työnantajalle, joka on velvollinen aloittamaan toimenpiteet riskitekijän poistamiseksi tai minimoimiseksi. Työntekijöiden keskuudestaan valitsemat työsuojeluvaltuutetut sekä lähiesimiehet toimivat hyvänä viestintäväylänä henkilökunnan ja työnantajan välillä. (Työturvallisuuslaki 738/2002.)

Työturvallisuuslain (738/2002) mukaan työnantajalla täytyy olla käyttökelpoinen työsuojelun toimintaohjelma, jonka mukaan työturvallisuutta ja -terveyttä ylläpidetään ja parannetaan. Toimintaohjelmasta käy ilmi johtoportaan määrittelemät ja työpaikalla noudatettavat toimintamallit työsuojelussa. Toimintaohjelman laatimiseksi tarvitaan riskinarviointia (Parantainen & Soini 2010, 40–41).

3 RISKITEKIJÄT

Jokaisella alalla on omat tyypilliset riskitekijänsä. Riskitekijät painottuvat hoitoalalla selkeästi erilaisiin turvallisuuden osa-alueisiin kuin vaikkapa rakennusalalla. Rakennusalalla riskitekijät liittyvät tunnetusti työympäristöön: rakennustyömaalla käsitellään erilaisia työvälineitä ja materiaaleja, joista aiheutuu muun muassa melua, tärinää sekä rakennuspölyä. Työympäristö voi sijaita muualla kuin maan tasalla, jolloin esi-neiden ja työntekijöiden putoamiset katolta, tikapuilta ja telineiltä ovat huomioonotettava uhka työntekijöille. (European Agency for Safety and Health at Work 2004, 7.)

Hoitotyössä nämä riskitekijät voidaan karkeasti luokitella henkiseen, sosiaaliseen ja fyysiseen kuormittumiseen sekä työympäristöstä aiheutuviin riskitekijöihin. Henkiseen ja sosiaaliseen kuormittumiseen liittyviä riskitekijöitä on paljon, ja ne kattavat

laajan alueen hoitotyölle tyypillisistä työaikajärjestelyistä ja kiireestä hoitajan työs-
sään kohtaamiin eettisiin ongelmiin ja väkivallan uhkaan. Fyysinen kuormittuminen
hoitotyössä johtuu pääasiassa työlle tyypillisistä, ilman apuvälineitä tehtävistä potilai-
den siirroista ja nostoista. (Parantainen & Soini 2011, 10.)

Työympäristön altisteista huomattava terveyttä uhkaava riskitekijä on mahdollisuus
saada tarttuva tauti. Perinteisten virustautien rinnalle ovat tulleet veriteitse tarttuvat
hepatiit B ja C sekä HIV. Todennäköisyys näiden tautien työperäiselle altistumiselle
on tänä päivänä pieni, mutta riski on kuitenkin olemassa. (Parantainen & Soini 2011,
13.)

Hoitotyössä käsitellään myös erilaisia kemiallisia aineita, ja joissakin ammateissa jou-
dutaan tekemisiin ionisoivan säteilyn ja syöpävaarallisten aineiden kanssa. 60-luvulla
rakennettu sairaalaverkosto alkaa olla nykypäivänä saneerauksen tarpeessa, mikä nä-
kyy monilla työpaikolla esimerkiksi sisäilmaongelmiin ja sairaalan tiloihin liittyviin
haasteina. (Parantainen & Soini 2011, 13–14.)

Sosiaali- ja terveysministeriön Riskien arviointi työpaikalla -työkirjassa (2013) riski-
tekijät on luokiteltu viiteen erilaiseen luokkaan. Opinnäytetyössä käytettävä kysely-
lomake perustuu myös tähän luokitteluun, joten käsittelemme työssämme riskitekijät
tämän luokittelun mukaan.

3.1 Kemialliset ja biologiset riskit

Kemialliset ja biologiset riskitekijät tarkoittavat terveyshaittoja, jotka johtuvat kemial-
lisista aineista ja yhdisteistä sekä hiukkasista. Vaaraa aiheuttavat kemikaalit voivat
kuulua olennaisena osana työnkuvaan, mutta tällöin niille altistumista pyritään rajoit-
tamaan siten, että ne eivät ole vaaraksi työntekijöiden turvallisuudelle. Kemikaalit
voivat aiheuttaa konkreettisia terveyshaittoja erilaisten allergisten oireiden muodossa,
mutta ne voivat liiallisen altistumisen myötä aiheuttaa ongelmia myös lisääntymister-
veydelle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 55.)

Kemiallisia riskitekijöitä minimoitaessa on tärkeää, että joka paikassa missä aineita
käsitellään, on ajanmukaiset ja riittävät ohjeistukset turvallisesta käsittelemisestä.

Kaikki kemialliset tekijät eivät ole vaarallisia, mutta erottelun takia on tärkeää tehdä kunnollinen riskinarviointi eri työpaikoilla. Riittävä suojautuminen on tärkeää opastaa henkilökunnalle. Kemikaalit on luetteloitava paikoissa joissa niitä käsitellään. Turvallisuusohjeistus on työnantajan vastuulla. (Työturvallisuuskeskus 2008.)

Biologisilla vaaratekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi erilaisia mikro-organismeja, kuten loisia tai soluviljelmiä (Työsuojeluhallinto 2014). Myös home- ja sieni-itiöt, virukset, bakteerit sekä alkueläimet ovat terveydenhuoltoalalla esiintyviä biologisia riskitekijöitä. Antibioottiresistentit sairaalabakteerit, kuten MRSA, ovat riskitekijä paitsi potilaille, myös hoitohenkilökunnalle. Veren välityksellä esimerkiksi neulanpistotapaturman yhteydessä tarttuvia virustautejakaan ei sovi nykypäivänä unohtaa biologisista riskeistä puhuttaessa. (Suurnäkki 2004, 86–92.)

Biologiset tekijät jaetaan neljään vaaraluokkaan. Ensimmäiseen luokkaan kuuluvat vaaratekijät eivät todennäköisesti aiheuta sairautta. Luokkiin 2–4 kuuluvat vaaratekijät määräytyvät sairauden aiheuttamisen riskin suuruuden mukaan. Usein biologisia vaaratekijöitä on vaikeaa poistaa. Kaikkia terveyshaittoja ei hyvilläkään suojuuksilla ja ohjeistuksilla voida välttää. (Työsuojeluhallinto 2014.)

3.2 Tapaturman vaara

Yksi fyysisistä vaaratekijöistä on tapaturmien vaara hoitotyössä. Tapaturmia voi tapahtua missä tahansa tilanteessa, ja niitä parhaiten ennaltaehkäistään kunnollisella ohjauksella ja turvallisuusohjeiden noudattamisella. Oleellista on myös turvallisuusohjeistuksen ajan tasalla pitäminen ja päivittäminen tarvittaessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.)

Tapaturma tarkoittaa tilannetta, jossa äkillisen, tahattoman ja odottamattoman tapaturman seurauksena henkilö saa lievemmän vamman, loukkaantuu vakavasti tai pahimmassa tapauksessa menehtyy. Tapaturmaan liittyy aina kaksi elementtiä, joista toinen on onnettomuustilanne ja toinen taas henkilövahinko, joka tilanteesta on aiheutunut. Usein tilanteen taustalla on monia tekijöitä. Tapaturmat luokitellaan niiden syntymistavan mukaan liikenne-, työ-, koti- tai liikuntatapaturmiin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Äkilliseksi tapaturman tekee se, ettei työntekijä osaa odottaa sitä ja se tulee usein yllättäen. Tapaturmaan liittyvillä ulkoisilla tekijöillä tarkoitetaan riip-

pumattomia tekijöitä, esimerkiksi terävä esine, joka osuu käteen, tai liukas tie (Työsuojeluhallinto 2014).

Tapaturman sattuessa työpaikalla pätee korvattavuudessa tapaturmavakuutuslaki (1948/608) ja ammattitautilaki (1988/1343). Työnantaja on velvollinen takaamaan työntekijöilleen työtapaturmavakuutuksen. Jos työntekijä työskentelee valtiolle, tapaturmien korvaamisesta vastaa Valtionkonttori. Tapaturman tulee sattuuta joko työtä tehdessä tai työstä johtuvissa olosuhteissa. Jos tapaturma sattuu työntekijän suojellessa työnantajansa omaisuutta tai työn yhteydessä ihmishenkeä, kuuluu hänen saada tapaturmastaan korvaus. Myös toisen henkilön tahallisesta teosta aiheutunut tapaturma on korvattava. Työtapaturmana kuuluu korvata myös vamma, joka on syntynyt enintään yhden vuorokauden pituisena aikana ja jota ei korvata ammattitautina. Tällainen voi esimerkiksi olla työn takia kipeytynyt lihas. (Työsuojeluhallinto 2014.)

Tapaturmien ehkäisyyn on kehitetty Nolla tapaturmaa -hanke. Se on nykyaikaista turvallisuusjohtamista tukeva hanke, jonka tavoitteena on ehkäistä kaikki työtapaturmat. Edellytyksenä hankkeen onnistumiselle on niin johdon kuin henkilökunnankin sitoutuminen kehittämiseen, vaaratilanteista opiksi ottaminen ja myös jokapäiväinen työ turvallisuuden eteen ja sen seuranta. On tärkeää, ettei sattuneita tapahtumia piilotella, vaan ennemminkin otetaan opiksi. On myös taattava tarvittava koulutus, riskienarviointi, tiedottaminen ja kehittäminen, jotta turvallisuustyötä on mahdollista tehdä jokapäiväisessä elämässä. (Työturvallisuuskeskus 2014.)

Tapaturmien seuranta erilaisin mittarein on oleellista niin viikko-, kuukausi-, kuin vuositasollakin, jotta nähdään, miten ohjeistuksia ja kehittämistä on toteutettu käytännössä. Tätä voidaan toteuttaa esimerkiksi selvittämällä tehtyjen turvallisuuskorjausten määrää. Kehittämistä ja kehittymistä edistää myös vertailu muiden saman alan toimijoiden tapaturmien ilmenevyyteen ja ehkäisyyn. (Työturvallisuuskeskus 2014.)

Työpaikoilla tulee olla selkeät menettelyohjeet työtapaturman ilmoittamiselle. Olennaista on, ettei ilmoittajan tarvitse tuntea syyllisyyttä ja pelkoa ilmoitusta tehdessään, vaan järjestelmän tulee tukea ja kannustaa ilmoituksen tekemiseen. Sattuneesta tapaturmasta on ilmoitettava lähimmälle esimiehelle. Jos tapaturma johtaa vaikeaan ruumiinvammaan tai kuolemaan, on työtapaturmasta ilmoitettava myös työsuojeluviranomaisille sekä poliisille. Kun työntekijällä on lainmukainen tapaturmavakuutus, ei hän

joudu itse maksamaan vakuutusmaksuja, vaan työnantaja on tähän velvoitettu. Tapaturmavakuutuksen pakollisuus perustuu tapaturmavakuutuslakiin. (Työturvallisuuskeskus 2014.)

Työtapaturman vaara kasvaa tilanteessa, jossa suojausjärjestelmät eivät ole käytössä tai jos työkohteessa työskenteleville ihmisille työ ei ole rutiinia. Nuorilla työntekijöillä on ensimmäisinä päivinä suurempi tapaturmariski, kun taas vanhat työntekijät voivat turtua vaaratekijöihin. Jotta työturvallisuus varmistetaan, vaatii se erilaisia toimenpiteitä. On syytä kiinnittää huomiota perehdyttämisen riittävyteen, työtapoihin, työympäristön turvallisuuteen ja turvallisuuskulttuuriin. Työtapaturmat on lain mukaan tutkittava. Olennaista on selvittää, mitä ja miksi tapahtui ja miten kyseisenlaisia tapah- tumia voidaan jatkossa ehkäistä. Tapaturman tutkinnalla on mahdollista myös kehittää ja tehdä vaadittavat parannukset työympäristöön, jotta vastaavia tapauksia ei enää sattuisi. Lisäksi tutkitaan myös esimerkiksi organisaation vastuuta tapahtumassa. (Työturvallisuuskeskus.)

3.3 Psykososiaalinen kuormittuminen

Hoitoalalla työskentelevä kohtaa työssä paljon erilaisia ihmisiä ja on heidän kanssaan vuorovaikutuksessa. Tällainen työ edellyttää työntekijältä oman persoonan käyttämistä työvälineenä. Tämän vuoksi hoitotyö koetaan henkisesti raskaana työnä. (Parantainen & Soini 2010, 10.) Käsitteenä henkisellä kuormittumisella tarkoitetaan työstä aiheutuvaa yli- tai alikuormittumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013). Työntekijän henkiseen hyvinvointiin liittyy kiinteästi myös työpaikan sosiaaliset olosuhteet, minkä vuoksi tätä työturvallisuuden osa-aluetta kutsutaan psykososiaalisiksi tekijöiksi. (Takala 2010, 94.)

Henkistä kuormittumista kuvaillaan muun muassa termeillä stressi ja työtyytyväisyys (Takala 2010, 94). Jos tällainen kuormitus on pitkäkestoista, sillä voi olla vaikutusta työntekijän mielenterveyteen. Henkiset kuormitustekijät voivat laukaista mielenterveyden häiriöitä, tai pahentaa työntekijällä aiemmin ilmenneitä mielenterveyden ongelmia. (Honkonen 2010, 70–71.)

Henkistä kuormittumista ei voida mitata tarkkaan millään yksittäisellä mittarilla, mikä perustuu ihmisen fysiologiaan (Takala 2010, 94). Henkisen kuormittumisen mittaami-

nen yhtenä riskinarvioinnin osa-alueena voi olla haastavaa, koska tällaisten kuormitustekijöiden havainnointi perustuu kunkin työntekijän omaan kokemukseen. Ihmisten käsitys erilaisten asioiden henkisestä kuormittavuudesta voi olla keskenään hyvinkin erilainen. Osa työntekijöistä voi pitää esimerkiksi väkivallan uhkaa yhtenä työnkuvaan kuuluvana osa-alueena, eikä näin ollen osaa tulkita sitä henkistä kuormittumista aiheuttavaksi riskitekijäksi. (Parantainen & Soini 2010, 67.)

Henkinen kuormittuminen ilmenee monin erilaisin tavoin. Se voi näkyä ihmisissä erilaisina kokemuksina, tunnereaktioina sekä myös fyysisinä reaktioina. Henkinen kuormittuminen voi ilmetä myös henkilön muistitoiminnoissa ja ajattelussa. (Parantainen & Soini 2010, 67.) Liiallinen henkinen kuormittuminen voi aiheuttaa kokijalleen työstressiä ja jopa työuupumusta. Korkean työstressin ja vuorotyön onkin todettu heikentävän muistisuoriutumista (Karhula ym. 2011).

Tieteessä stressi-käsite määritellään haasteelliseksi koetussa tilanteessa käynnistyväksi prosessiksi, mikä näkyy kokonaisvaltaisesti ihmisen elimistön toiminnassa. Stressin aiheuttaman kehon aktiivisuuden tarkoituksena onkin auttaa ihmistä selviytymään tästä haasteellisesta tilanteesta. Usein stressi-käsitettä käytetään arkikielessä kuvaamaan sellaista tilaa, jossa ihminen kokee olevansa paineen alaisena. Työelämässä stressiä koetaan aiheutuvan liian suuresta työn määrästä. Sopivan työn määrän määrittelyminen on kuitenkin hankalaa, koska stressitunteukset ovat yksilöllisiä ja riippuvaisia työntekijän omista voimavaroista. Toisaalta liian vähäinen työn määrä voi aiheuttaa alikuormittumista, mistä voi myös seurata stressiä. (Honkonen 2010, 71.)

Työuupumus puolestaan määritellään psykologiseksi oireyhtymäksi, joka voi olla seurausta pitkään jatkuneesta työstä johtuvasta stressistä. Työuupumus oireilee väsymyksenä, työn merkityksettömyyden kokemuksena ja oman ammattitaidon ja aikaansaavuuden vajavaisuuden tunteena. Työuupumus ei ole itsessään mielenterveyden häiriö. Työuupumuksen ja masennuksen on kuitenkin todettu liittyvän toisiinsa noin puolessa työuupumustapauksista. (Honkonen 2010, 71.)

Henkinen kuormittuminen vaikuttaa myös ihmisen uneen, sillä erilaisten unihäiriöiden on todettu olevan yleisiä psyykkisestä stressistä kärsivillä ihmisillä. Toisaalta Uni hoitotyössä -tutkimuksen mukaan mukaan lievät unihäiriöt ja lyhentynyt uni olivat yleisiä

stressin tasosta riippumatta vuorotyötä tekevillä hoitajilla, joten vuorotyö on yksi olennainen osa henkistä kuormittumista (Karhula ym. 2013). Henkisestä kuormittumisesta voi seurata muitakin fyysisiä oireita, esimerkiksi kipukynnys voi alentua ja varhaisen liikkeen hallinta heikentyä (Takala 2010, 94–95).

3.4 Ergonomia

Ergonomia tarkoittaa sananmukaisesti työn sekä työvälineiden ja -menetelmien sopivuutta ihmisen käyttöön. Riskinarvioinnissa ergonomian osa-alueella kiinnitetään huomiota fyysiseen kuormittumiseen ja erityisesti kuormittaviin työasentoihin. Ergonomiaan liittyy myös työympäristön fyysinen olemus, kuten työympäristön siisteys, kulkureittien esteettömyys sekä työpisteen mitattavissa olevat elementit, kuten vaikkapa työtason korkeus. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 51.)

Hoitoalalla kiinnitetään työn manuaalisen luonteen vuoksi huomiota erityisesti työn fyysiseen kuormittavuuteen. Tarkkailussa ovat tärkeiden tuki- ja liikuntaelinten asennot työskennellessä sekä fyysisesti rasittavat nostot ja siirrot. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 52.)

Ergonomia on nykyaikainen puheenaihe, ja sitä on tutkittu ja alettu opettaa laajemmin nykypäivänä. Sillä on ennaltaehkäisevä vaikutus erityisesti tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin, jotka ovat yleisiä hoitoalalla varsinkin pitempään työskennelleille. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet aiheuttavat edelleen eniten poissaoloja hoito- ja hoiva-alalla. Ergonomian toimivuuden takaamiseksi on kehitetty paljon erilaisia apuvälineitä, joilla on mahdollista vähentää hoitajan fyysistä kuormitusta ja myös tapaturmariskiä. (Työsuojeluhallinto 2013.)

Työterveyslaitoksen (2013) mukaan eniten fyysistä kuormitusta hoitotyössä aiheuttavat potilaan siirrot ja nostot sekä potilaan liikkumisen avustaminen. Käsien tapahtuva siirtäminen tarkoittaa taakan siirtämistä lihasvoimaa apuna käyttäen esimerkiksi nostamalla, rullaamalla tai työntämällä. Ergonomian periaatteena onkin, että siirtämisää käsivoimin vältettäisiin ja myös omiin työasentoihin kiinnitettäisiin huomiota. Ergonomiaa opettavia koulutuksia on nykypäivänä kehitetty enemmän niin hoitoalan oppilaitoksiin kuin työpaikoillekin, ja niillä pyritään lisäämään tietoutta ergonomisesta

työskentelystä. (Työterveyslaitos 2013.)

Työterveyslaitos (2013) korostaa myös, että ergonomiaan liittyy käsivoimia korvaavia tapoja potilaiden siirtämiseen. Nostamista ei suositeta ollenkaan, vaan siirrot kehoitetaan tekemään esimerkiksi liu'uttamalla tai rullaamalla, ja tärkeää on huomioida potilaan oma toimintakyky ja kuntouttava työote, kuitenkin myös turvallisuus mielessä pitäen. Ergonomian toteutumista edesauttaa myös esimerkiksi erilaisten apuvälineiden, kuten nostureiden, hyödyntäminen tarpeen mukaan. Oikein toteutuessaan ergonominen työote takaa potilaan turvallisen siirtymisen ja myös hoitajan fyysinen kuormitus vähennee. (Työterveyslaitos 2013.)

Sairaanhoitajaliiton (2014) mukaan ergonomialla on suuri merkitys tuki- ja liikuntaelinsairauksien ennaltaehkäisyssä. Virpi Fagerström kertoo väitöskirjassaan (2013), että hänenkin tekemässään tutkimuksessa hoitajien ergonomian ohjaus ja tarvittavien apuvälineiden takaaminen auttoivat parantamaan hoitajien fyysistä kuormittumista ja terveyttä.

3.5 Fysikaaliset vaaratekijät

Fysikaaliset vaaratekijät ovat työympäristössä ilmeneviä riskitekijöitä, jotka aiheutuvat erilaisista energiamuotojen esiintymisistä työympäristössä. Fysikaalisiin vaaratekijöihin lukeutuu lämpötila, melu, värinä, valaistus sekä terveydenhuoltoalalla myös erilaiset säteilyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 41.)

Työpaikalla esiintyvä melu voi olla jatkuvaa tai iskumelua, mikä tarkoittaa äkillistä kovaa ääntä. Melulle altistumisen ehkäisemiseksi on säädetty desibeli-rajoja, mutta myös näiden raja-arvojen alapuolella syntyvä melu voi olla riskitekijä työpaikalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 41.)

Työympäristön sisäilman laatu sekä työympäristön lämpötila voivat osoittautua riskitekijöiksi työssä. Työympäristön lämpötilasta on myös annettu erilaisia suosituksia ja raja-arvoja työn kuvasta riippuen. Liian kuuma tai kylmä lämpötila aiheuttavat muutoksia työntekijän elimistön toiminnassa ja vaikuttavat näin ollen työn suorittamiseen. (Työsuojeluhallinto 2013.) Lämpötilaan vaikuttaa myös työpaikalla oleva ilmanvaihto sekä vetoisuus (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 42).

Riittämätön valaistus voi olla yksi työn fysikaalisista riskeistä. Työturvallisuutta ja -terveyttä edistävä valaistus koostuu luonnonvalon lisäksi työympäristöön asennetuista keinotekoisesta valaistuksesta sekä turvavalaistuksesta. (Työsuojeluhallinto 2010.) Myös työpaikan ulkotiloissa, esimerkiksi parkkialueilla ja kulkureiteillä, valaistuksen tulisi olla riittävää, jotta työturvallisuus toteutuisi myös tällä alueella (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 42).

Työssä kohdattava säteily voi olla ionisoivaa, ultravioletti- ja infrapunasäteilyä, lasersäteilyä tai mikroaaltoja. Terveystieteiden alalla altistutaan erityisesti ionisoivalle säteilylle muun muassa röntgenin välityksellä. Tällaisen säteilyn mittaaminen onkin aiheeseen perehtyneen asiantuntijan tehtävä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 43.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on suorittaa riskinarviointi Mäntyharjun terveyskeskuksen avo- ja sairaalapalvelujen hoitohenkilökunnalle. Tarkoituksena on tuottaa ajankohtaista tietoa työhön liittyvistä riskitekijöistä eri yksiköissä, jotta toimeksiantaja voi valita ja suorittaa oikein kohdistettuja toimenpiteitä työturvallisuuden ja työterveyden parantamiseksi. Tarkoituksena on myös soveltaa Kaste-hankkeen (2009–2011) puitteissa kehitettyä kyselylomaketta perusterveydenhuollon piiriin. Tavoitteena on kyselyn tulosten avulla parantaa työturvallisuutta ja työterveyttä Mäntyharjun terveyskeskuksessa.

Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiä ovat

1. Millaisia työhön liittyviä riskitekijöitä on Mäntyharjun terveyskeskuksessa?
2. Millaisia riskitekijöitä eri toimipisteissä esiintyy?

5 TUTKIMUSMENETELMÄT

Opinnäytetyö toteutettiin määrällisenä tutkimuksena koko Mäntyharjun terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle. Kyselyyn kuului myös laadullinen osuus avoimien kysymysten myötä. Kyselyämme voi luonnehtia metodologiseksi triangulaatioksi, sillä

käytämme kahta erilaista tutkimusmenetelmää, jotka täydentävät toisiaan (Vehviläinen-Julkunen 2009, 58). Myös Vilkka (2005, 183) kuvailee triangulaatiota useamman tutkimusmenetelmän yhdistelmäksi, kuten juuri yhdistettäessä määrällinen ja laadullinen tutkimustapa.

Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimustapa tutkii ilmiötä numeraalisesti, teknisesti sekä kausaalisesti (Vilkka 2005, 181). Kyselyssämme tulee esille myös kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimustapa, jonka tavoitteena on yksilön tai yhteisön toiminnan ymmärtäminen ihmisten niille antamisen merkitysten eli laatujen avulla. Laaduilla tarkoitetaan esimerkiksi arvoja tai ihanteita. (Vilkka 2005, 180.)

Hallitsevampi tutkimusmuoto työssämme on kuitenkin kvantitatiivinen osuus. Siihen kuuluu olennaisena perusjoukon määrittäminen, mikä tarkoittaa kaikkia havaintoyksiköitä, joista tutkimuksessa pyritään saamaan tietoa. Perusjoukosta taas valikoidaan otanta eli otos, johon tutkimus tai kysely kohdistetaan. Toteutunut otos taas tarkoittaa sitä todellista määrää, joka kyselyyn lopulta vastasi. (Vilkka 2005, 181–183). Meidän otoksenamme oli siis 53 Mäntyharjun terveyskeskuksen henkilöstön jäsentä, ja toteutuneena otoksena 29 kyselyyn vastannutta.

Opinnäytetyön kvantitatiivisen aineiston analysoinnin yhteydessä laskimme prosenttiosuudet sekä frekvenssit riskien esiintyvyyksille yleensä, esiintyvyyksille työyksiköittäin sekä esiintyvyyksille ammattiryhmittäin. Näin saimme vastauksen tutkimuskysymyksiimme, jotka koskivat riskien esiintyvyyden eroavaisuutta eri ryhmien välillä.

Opinnäytetyön kvalitatiivinen osuus analysoitiin pienimuotoisella sisällön analyysillä. Sisällön analyysi soveltuu menetelmänä tähän parhaiten, koska sen avulla lasketaan ja tutkitaan esiintyvyyksiä ja näiden perusteella muodostetaan kategorioita (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 55). Tarkoituksena oli etsiä avointen kysymysten vastauksista mahdollisesti samojen ilmaisujen esiintyvyyksiä ja muodostaa näille lomakkeen teemoja mukailten tarvittaessa kategorioita.

Laadukas kvantitatiivinen tutkimus edellyttää paljon taustatyötä, sillä tutkimuksessa käytettävät käsitteet tulee määritellä riittävän kattavasti, jotta tutkimukseen osallistuvat vastaisivat esitettyihin kysymyksiin mahdollisimman oikeellisesti ja tarkasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47–49). Opinnäytetyömme suunnitelma-

vaiheessa olemme pyrkineet panostamaan nimenomaan käsitteiden määrittelyyn, ja olemme pyrkineet avaamaan myös riskinarvioinnin taustalla vaikuttavia käsitteitä.

Valmiilla mittarilla tehtävän kvantitatiivisen tutkimuksen vahvuutena on sen toistettavuus. Kysely voidaan helposti toteuttaa uudelleen tutkimuskohteessamme ja verrata tutkimustuloksia aiemmin toteutetun opinnäytetyön tuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Riskinarviointi ei työturvallisuuslain nojalla ole vain kertaluontoinen kartoitus, vaan jatkossakin toimeksiantajamme on velvollinen selvittämään työn riskitekijöitä. Tämän opinnäytetyön pohjalta on helppo toteuttaa uusi riskinarviointi vaikkapa seuraavan työsuojelutoimikunnan toimikaudella ja selvittää, miten työturvallisuus on parantunut meidän tutkimusaineistomme pohjalta suunnitelluilla toimenpiteillä.

5.1 Kyselylomake

Kyselylomakkeena käytämme terveydenhuollon työpaikoille kehitettyä riskinarvioinnin strukturoitua apulomaketta (liite 2). Hoitotieteen kvantitatiivisissa tutkimuksissa käytetään yleensä valmiiksi laadittuja lomakkeita, ja tällaista tutkimusta nimitetään survey-tutkimukseksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42). Vilkan (2005, 180) mukaan kyselylomake tarkoittaa standardoitua eli vakioitua tapaa tutkimusaineiston keräämiselle, ja se kuuluu määrälliseen tutkimustapaan.

Riskinarvioinnin apulomake on luotu Kaste-hankkeen (2009–2011) sisällä Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto-hankkeessa. Lomake on luotu BS8800-lomakkeen pohjalta vastamaan nimenomaan terveydenhuoltoalan tarpeita riskinarvioinnissa. Lomake pilotoitiin Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä alkuvuodesta 2011. Pilotoinnin jälkeen lomaketta on päivitetty vastaamaan entistä paremmin hoitoalan tarpeita ja se on jäänyt riskinarvioinnin apuvälineeksi ainakin Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueelle. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2011, 22–23.)

Muokkasimme lomaketta omaan tarkoitukseemme niin, että ensimmäisellä sivulla selvitettiin kyselyyn vastaajien taustatekijöitä. Kysyimme vastaajien ammattia, ikää, alaan liittyvää työkokemusta, toimipistettä sekä työkokemusta Mäntyharjun terveyskeskuksessa. Näiden tietojen pohjalta oli mahdollista verrata kyselyyn vastaajien taustatekijöitä.

tatekijöitä suhteessa heidän kokemuksiinsa riskitekijöihin ja selvittää mahdollisia eroavaisuuksia eri ammattikuntien edustajien ja toimipisteiden välillä.

Lomakkeessa käydään läpi erilaisten väittämien myötä kaikki viisi tässä työssä esiteltyä riskikartoituksen osa-alueetta. Sosiaali- ja terveysministeriön (2013) Riskien arviointi työpaikalla -työkirja on suunniteltu työvälineeksi riskinarvioinnin toteuttamiseen työpaikoilla ja kyselylomake pohjautuu tässä työkirjassa esiteltyyn viiteen työturvallisuuden teemaan.

Aluksi tiedustelimme siis vastaajien taustatietoja. Niihin liittyivät kysymykset 1–5. Ensimmäisenä varsinaisena teemana kysymyksissä olivat kemialliset ja biologiset riskitekijät, joihin liittyivät kysymykset 6–15. Toisena teemana oli tapaturman vaaraa käsittelevät kysymykset 16–26. Kolmas teema oli psykososiaaliseen kuormittumiseen liittyvät kysymykset 27–50. Sen jälkeen tulevat kysymykset 51–65 käsittelevät ergonomiaa, ja viimeiset kysymykset 66–80 koskivat fyysisiä riskitekijöitä. Lisäksi jokaiseen teemaan liittyi viimeinen avoin kysymys, johon oli mahdollista itse lisätä kokemansa alueeseen liittyvä riskitekijä, joka ei tullut valmiiden kysymysten kautta esille.

Opinnäytetyötämme varten olemme saaneet helmikuussa 2014 päivitetyn lomakkeen käyttöömme. Lomakkeen kehittämisessä alusta asti mukana ollut Etelä-Savon sairaanhoitopiirin turvallisuuspäällikkö Jukka Aho on ohjeistanut meitä lomakkeen käytössä ja vastannut lomaketta koskeviin kysymyksiimme. Lomakkeen käyttämiseen ei ollut vielä suunnitelman kirjoittamishetkellä olemassa kirjallista ohjetta, mutta olemme saaneet tarkat ja käytäntöön pohjautuvat ohjeet turvallisuuspäälliköltä henkilökohtaisesti. Saimme häneltä myös luvan kyselylomakkeen muokkaamiseen tarkoitustamme vastaavaksi. Taustatietokysymysten lisäämisen lisäksi poistimme lomakkeesta leikkaus- ja heräämötöimintaan liittyvän kysymyksen psykososiaalisen kuormittumisen osa-alueelta, koska Mäntyharjun terveyskeskuksessa ei kyseistä toimintaa ole. Kemiallisten ja biologisten riskitekijöiden alueelta muokkasimme kahta kysymystä kysymään Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ohjeistuksen sijaan Mäntyharjun terveyskeskuksen omia ohjeistuksia. Nämä muutokset on tehty yhteistyössä toimeksiantajan kanssa.

Lomake on kehitetty nimenomaan terveydenhuollon käyttöön ja sen kysymykset ovat ”terveydenhuollon kielellä” (Aho 2014). Seitsemänsivuuisessa lomakkeessa on väittämiä, joissa jokaisessa vastausvaihtoehtona on ”kyllä” tai ”ei”. Väittämät ovat työturvallisuuden kannalta sekä negatiivisia että positiivisia. Tämä tarkoittaa sitä, että jokaisen lomakkeen jokainen vastaus on analysoitava yksitellen, sillä kumpikin vastausvaihtoehto voi ilmaista riskitekijän olemassaolon väittämästä riippuen. Itse muokkasimme kyselylomaketta sen verran, että lisäsimme siihen ”kyllä” ja ”ei”-vaihtoehtojen lisäksi myös kohdan ”ei koske työnkuvaa”, jotta tällaiset vastaukset erotettaisiin varsinaisista vastauksista. Jokaisen väittämän kohdalla on avoin kysymys, ”tyypillinen riski”-sarake, johon lomakkeen täyttäjät kirjaa omassa työssään kohtaamansa tyypillisen riskin tai riskit, jos hän puoltaa vastauksessaan riskin olemassaoloa tai vastaa negatiivisesti työturvallisuutta parantavaan väittämään.

Opinnäytetyömme aineistonkeruu on kertaluontoinen, joten kyseessä on poikittaistutkimus. Hoitotieteen tutkimuksista suurin osa tehdään nimenomaan poikittaistutkimuksina, eli aineistonkeruu tehdään vain kerran, eikä ilmiötä tutkita suhteessa aikaan. Opinnäytetyömme tarkoitus on saada selville hoitotyössä esiintyvät riskit työpaikan nykyisessä tilassa, jolloin tutkimusasetelmamme on kartoittava ja kuvaileva. Tämän vuoksi opinnäytetyölle ei aseteta hypoteeseja eli oletuksia tutkimuksen tuloksista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42–44.)

5.2 Aineistonkeruu

Aineistonkeruu aloitettiin pitämällä toimeksiantajan pyynnöstä osastotunti 8.4.2014 Mäntyharjun terveyskeskuksen henkilökunnalle, jossa informoimme henkilöstöä opinnäytetyöstämme sekä siihen liittyvästä kyselystä. Osastotunnin tärkein tarkoitus oli ohjeistaa kysely ja siihen vastaaminen mahdollisimman tarkasti, jotta kyselyyn vastaamiseen olisi mahdollisimman matala kynnyks ja se olisi helppoa. Pyrimme tällä siihen, että kyselyyn liittyvät epäselvyydet ja väärinkäsitykset minimoitaisiin. Lisäksi kyselyyn liitettyssä saatekirjeessä (liite 1) oli mukana meidän yhteystietomme, jotta kyselyyn vastaajilla olisi mahdollisuus ottaa meihin yhteyttä ja kysyä mahdollisista kyselyssä ilmenneistä epäselvyyksistä.

Tulostimme itse kyselylomakkeet Mäntyharjun terveyskeskuksessa ja toimeksiantajamme jakoi lomakkeet kaikille vakituisille työntekijöille ja pitkäaikaisille sijaisille.

Kyselyyn vastaamiseen varattiin kaksi ja puoli viikkoa aikaa, 8.4.–27.4.2014. Vastausajan umpeuduttua kävi kuitenkin ilmi, että kyselyn vastausprosentti oli pieni, minkä takia päädyimme pidentämään vastausaikaa vielä kymmenellä päivällä, 7.5.–16.5.2014. Tällä toimenpiteellä saimme kyselyn vastausprosentin nostettua 54,7 prosenttiin.

5.3 Aineiston analyysi

Koska kysely tehtiin paperisena versiona, vei aineiston esikäsittely oletettua enemmän aikaa. Havaintomatriisit jouduttiin luomaan ja tallentamaan tiedostomuotoon lomake ja kysymys kerrallaan. Havaintomatriisit valmistuivat näin ollen vasta heinäkuun loppussa 2014, joskin kysymyskohtaisten frekvenssien ja prosenttien laskeminen sujui nopeahkosti taulukkolaskentaohjelmaa apuna käyttäen. Aineiston analyysi valmistui elokuun alkupuolella, minkä jälkeen aloitimme opinnäytetyön raportin kirjoittamisen.

Aineisto on työstetty mekaanisesti tarkistamalla yksitellen jokaisen vastauslomakkeen jokainen väittäjä läpi. Vastaukset väittäjiin tallennettiin aihepiireittäin vastauslomake kerrallaan havaintomatriisiin, minkä jälkeen aloitettiin frekvenssien ja prosenttien laskeminen taulukkolaskentaohjelmaa apuna käyttäen. Koko aineiston tallentaminen itse on toki työlästä ja harvinaistakin tietokoneavusteisten kyselylomakkeiden vuoksi mutta myös palkitsevaa sen perusteellisuuden vuoksi: olemme omin silmin nähneet jokaisen vastauksen (Vehkalahti 2008, 51).

Kyselyn laadullinen osuus, eli vastaukset avoimiin kysymyksiin on niin ikään tallennettu suorina sitaatteina väittämäkohtaisesti (taulukot 5, 10, 15, 20, 25). Sen jälkeen vastauksia on esiintyvyyksien perusteella kategorisoitu ja tulokset ovat luettavissa tekstistä aihealueittain eriteltynä. Vastajaat olivat kommentoineet kiitettävästi avointen kysymysten lisäksi muihin väittäjiin ja sitaattit on koottu taulukoksi liitteeseen 3.

Puuttuvien tietojen huomiointi aineistossa

Aineiston esikäsittelyvaiheeseen kuuluu olennaisena osana aineiston muokkaus. Aineiston muokkaukselta vaatii täytettyjen kyselylomakkeiden puuttuvat tiedot, joita löytyy jokaisesta kyselytutkimuksesta. Myös meidän aineistoamme kohtasi eräkato, eli lomakkeista löytyi kysymyksiä, joihin ei ollut vastattu lainkaan. (Vehkalahti 2008, 81.)

Näiden lisäksi eräkatoa kasvattivat epäselvät vastausmerkinnät, sekä huomattavan useassa lomakkeessa muutamiin kysymyksiin vastauksena käsinkirjoitettu kommentti ”en osaa sanoa”. Tässä opinnäytetyössä suhtaudumme näihin ”en osaa sanoa”-vastauksiin samalla tavalla kuin puuttuvaan tietoon ja epäselviin vastausmerkintöihin. Menetelmäkirjallisuuden mukaan ”en osaa sanoa”-vastausvaihtoehdot joko ilmoitetaan omana kategorianaan tutkimuksen tuloksissa tai niihin suhtaudutaan, kuten muuhunkin puuttuvaan tietoon (Vehkalahti 2008, 83). Tässä opinnäytetyössä ”en osaa sanoa”-vastausten luokittelu omaksi ryhmäkseen ei olisi edes mahdollista siitä syystä, että kyseistä vastausvaihtoehtoa ei ollut kyselylomakkeissa edes valittavissa, vaan kyseessä oli vastaajan oma kommentti väittämään.

Tuloksissa on huomioitu erikseen sellaisten puuttuvien tietojen frekvenssit, joihin kaikkien ei kuulunutkaan vastata siitä syystä, että kyseinen väittäjä ei vastaajan itsensä ilmoittamana koskenut hänen työnkuvaansa. Tällaisia puuttuvia tietoja ei olekaan tutkimuksen tulosten luotettavuuden vuoksi syytä paikata (Vehkalahti 2008, 82). Nämä ovat luettavissa tulosten taulukoissa frekvensseinä kolmannessa sarakkeessa ”ekt (fr)” (ei koske työnkuvaa). Näiden sekä puuttuvien tai epäselvien vastausten perusteella laskimme väittämäkohtaiset frekvenssit, jotka on ilmoitettu tulostaulukoissa väittämän yhteydessä.

6 TULOKSET

Vastaajien ammattiryhmät jakautuivat siten, että sairaanhoitajia oli kaikista vastaajista 38 % ja lähihoitajia 24,1 %. Fysioterapeutteja vastaajista oli 6,9 % ja terveydenhoitajia 10,3 %. Palvelusihteereitä oli niin ikään 10,3 %. Muuta henkilöstöä vastaajista oli myös 10,3 %. Suurin osa vastaajista oli siis hoitohenkilökuntaa, joista suurin ammattiryhmä oli sairaanhoitajat. (Taulukko 3.)

Vastaajien ikäjakauma oli laaja. Vastaajista 34,5 % oli iältään 50–59-vuotiaita. Toiseksi suurin ikäryhmä oli 30–39-vuotiaat (17,2 %). Vastaajista 40–49-vuotiaita, sekä yli 60-vuotiaita oli yhtä paljon, 13,8 % molempia ikäluokkia. Alle 30-vuotiaita oli vähiten, 6,9 %. Vastaajista 13,8 % ei ilmoittanut ikäänsä. (Taulukko 3.)

Kyselyyn vastanneista 20,7 % työskenteli vuodeosasto 1:llä. Molemmilla vuodeosastoilla työskennelleitä oli 17,2 % vastaajista. Vuodeosasto 2:lla ja terveyskeskuksen vastaanotossa työskenteli kummasakin toimipisteessä 13,8 % vastaajista. Neuvolassa ja mielenterveysyksikössä kummassakin työskenteli 10,3 % vastaajista, fysioterapiassa 6,9 %. Muiden toimipisteiden työntekijöitä oli niin ikään 6,9 %. (Taulukko 3.)

Vastaajista 21 % omaa työkokemusta nykyisessä ammatissaan 0–9 vuotta. Vastaajista 17 % on työskennellyt nykyisessä ammatissaan 10–19 vuotta. Niin ikään 17 % vastaajista työkokemusta nykyisessä ammatissa on 20–29 vuotta. Suurin ryhmä eli 35 % vastaajista omaa työkokemusta 30–40 vuotta. Kyselyyn vastanneista 10 % ei kertonut kyselyssä työkokemustaan. (Taulukko 3.)

Vastaajista 44 % :llä on työkokemusta 0–9 vuotta Mäntyharjun terveyskeskuksessa, 10–19 vuotta työskennelleitä oli 21 % ja 20–29 vuotta terveyskeskuksessa työskennelleitä oli 14 % vastaajista. Vastaajista 10 % vastasi työskennelleensä Mäntyharjulla 30–40 vuotta. Työvuosiaan Mäntyharjun terveyskeskuksessa ei ilmoittanut 10 % vastaajista. Suurimpana ryhmänä kyselyssä oli siis alle 10 vuotta Mäntyharjun terveyskeskuksessa työskennelleet työntekijät.

TAULUKKO 3. Taustamuuttujat

Taustamuuttujat	n	%
1. Ammatti		
sairaanhoitaja	11	38
lähihoitaja	7	24,1
fysioterapeutti	2	6,9
terveydenhoitaja	3	10,3
palvelusihteerit	3	10,3
muut	3	10,3
2. Ikä		
20–29	2	6,9
30–39	5	17,2
40–49	4	13,8
50–59	10	34,5
60–70	4	13,8
ei tietoa	4	13,8

3. Toimipiste		
vuodeosasto 1	6	20,7
vuodeosasto 2	4	13,8
vuodeosastot 1 & 2	5	17,2
fysioterapia	2	6,9
terveyskeskuksen vastaanotto	4	13,8
neuvola	3	10,3
mielenterveysyksikkö	3	10,3
muut	2	6,9
4. Työkokemus nykyisessä ammatissa vuosina		
0-9 vuotta	6	21
10-19 vuotta	5	17
20-29 vuotta	5	17
30-40 vuotta	10	35
ei tietoa	3	10
5. Työkokemus Mäntyharjun terveyskeskussa		
0-9 vuotta	13	45
10-19 vuotta	6	21
20-29 vuotta	4	14
30-40 vuotta	3	10
ei tietoa	3	10

6.1 Kemialliset ja biologiset tekijät

Kemiallisiin ja biologisiin vaaratekijöihin liittyviä väittämiä olivat väittämät 1–10, joista 10. oli avoin kysymys, johon vastaajilla oli mahdollista kommentoida tarvittaessa jonkin muun kemiallisen tai biologisen riskitekijän esiintymisestä.

Vastaajista 85 % oli sitä mieltä, että kemikaalien hallintamalli on hallussa, ja 94 % koki, että kemikaalien käsittely on turvallista työpaikalla. Valtaosa vastaajista (95,5 %) koki, että työpaikalla käytetään asianmukaisia suojaimia. Kaikki vastaajat (100 %)

olivat sitä mieltä, että jäteohje on tiedossa ja sitä noudatetaan työpaikalla. Kaikki vastaajat (100 %) olivat myös sitä mieltä, että biologisilta vaaratekijöiltä suojaudutaan asianmukaisesti. (Taulukko 4.)

Enemmistö vastaajista (63 %) koki, että injektioneulojen hylsytyskieltoa noudatetaan työpaikalla ja 78 % oli sitä mieltä, että solunsalpaajia käsitellään vain suljetussa järjestelmässä. Vastaajista 38% koki, että työssä on tehtäviä, joissa syntyy pölyä tai savua, ja 62 % koki, että työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita ja aerosoleja. (Taulukko 4.)

TAULUKKO 4. Kemialliset ja biologiset riskitekijät (N=29)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
6. Mäntyharjun tk:n pelastussuunnitelmassa mainittu kemikaalien (vaarallisten aineiden) hallintamalli tunnetaan ja sitä noudatetaan (N=20).	85	15	5
7. Työpaikalla käytettäviä kemikaaleja käsitellään turvallisesti (N=18).	94	6	8
8. Työpaikalla käytetään asianmukaisia suojaimeja (N=22).	95,5	4,5	4
9. Jätteen käsittelyyn on ohje ja sitä noudatetaan (N=28).	96	4	1
10. Biologisilta vaaratekijöiltä suojaudutaan ohjeiden mukaisesti (N=18).	100	0	4
11. Injektioneulojen hylsytyskieltoa noudatetaan (N=19).	63	37	6
12. Solunsalpaajia käsitellään vain suljetussa järjestelmässä (N=9).	78	22	13
13. Työpaikalla on tehtäviä, joissa syntyy pölyä tai savua (N=21).	38	62	5
14. Työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita eikä aerosoleja (N=26).	62	38	
15. Muu kemiallinen tai biologinen riskitekijä (kuva).	24		

Kaikista kyselyyn vastanneista 24 % ilmaisi yhden tai useamman kemiallisen tai biologisen vaaratekijän työssään (taulukko 4). Vastaajat kaipaavat saataville yleisiä ohjeita eristyspotilaiden hoidosta (2 mainintaa), sisäilmaongelmista mainittiin myös kaksi kertaa ja yhdessä vastauksessa mainittiin tupakansavun tulevan sisätiloihin. Happilisiä tarvitsevat tupakoivat, sekavat potilaat koettiin riskitekijäksi (1), ja veritapaturman riski tuotiin esille myös yhdessä lomakkeessa. Lisäksi yhdessä lomakkeessa tuotiin esille huoli yhteisessä käytössä olevien tietoteknisten laitteiden näppäimistöjen hygieniasta. (Taulukko 5.)

TAULUKKO 5. Biologisten ja kemiallisten riskitekijöiden kuvaus

”Tupakansavua tulee sisälle (tupakointi liian lähellä rakennuksia); kännyköiden ja tietokoneiden näppäimet ”liikaisia”. ”

”Eristyspotilaat – yleiset ohjeet eristyspotilaita hoidettaessa.”

”eristyspotilaiden ohjeet saataville.”

”veritapaturmariski”

”O2-lisä & tupakoivat, sekavat potilaat”

”osaston ilma huonoa.”

”Arkistotiloissa hometta? Ainakin vähähappinen ja pölyinen paikka”

Seuraavassa on eritelty kemialliset ja biologiset riskitekijät työyksiköittäin (taulukot 6–8). Työturvallisuuden kannalta huomionarvoiset työyksikkökohtaiset eroavaisuudet riskitekijöiden välillä on käsitelty seuraavassa luvussa.

Vuodeosastoilla työskentelee sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi kunto-ohjaaja ja palvelusihteeri. Neljä henkilöä työskentelee molemmilla vuodeosastoilla, joten heidän vastauksensa on huomioitu molempien vuodeosastojen tuloksissa.

TAULUKKO 6. Kemialliset ja biologiset riskitekijät vuodeosastolla 1 (N=11)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
6. Mäntyharjun tk:n pelastussuunnitelmassa mainittu kemikaalien (vaarallisten aineiden) hallintamalli tunnetaan ja sitä noudatetaan (N=9).	89	11	
7. Työpaikalla käytettäviä kemikaaleja käsitellään turvallisesti (N=8).	100	0	2
8. Työpaikalla käytetään asianmukaisia suojaimia (N=10).	100	0	
9. Jätteiden käsittelyyn on ohje ja sitä noudatetaan (N=10).	100	0	
10. Biologisilta vaaratekijöiltä suhtaudutaan ohjeiden mukaisesti (N=8).	100	0	
11. Injektioneulojen hylsytyskieltoa noudatetaan (N=9).	56	44	
12. Solunsalpaajia käsitellään vain suljetussa järjestelmässä (N=5).	80	20	3
13. Työpaikalla on tehtäviä, joissa syntyy pölyä tai savua (N=10).	60	40	
14. Työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita eikä aerosoleja (N=11).	64	36	
15. Muu kemiallinen tai biologinen vaaratekijä (kuvaa).	55		

TAULUKKO 7. Kemialliset ja biologiset riskitekijät vuodeosastolla 2 (N=9)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
6. Mäntyharjun tk:n pelastussuunnitelmassa mainittu kemi-	87.5	12.5	

kaalien (vaarallisten aineiden) hallintamalli tunnetaan ja sitä noudatetaan (N=2).			
7. Työpaikalla käytettäviä kemikaaleja käsitellään turvallisesti (N=7).	100	0	1
8. Työpaikalla käytetään asianmukaisia suojaimia (N=8).	100	0	
9. Jätteiden käsittelyyn on ohje ja sitä noudatetaan (N=8).	100	0	
10. Biologisilta vaaratekijöiltä suhtaudutaan ohjeiden mukaisesti (N=6).	100	0	
11. Injektioneulojen hylsytyskieltoa noudatetaan (N=7).	71	29	
12. Solunsalpaajia käsitellään vain suljetussa järjestelmässä (N=4).	100	0	2
13. Työpaikalla on tehtäviä, joissa syntyy pölyä tai savua (N=7).	43	57	
14. Työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita eikä aerosoleja (N=9).	44	56	
15. Muu kemiallinen tai biologinen vaaratekijä (kuvaa).	11		

TAULUKKO 8. Kemialliset ja biologiset riskitekijät muissa työyksiköissä (N=14)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
6. Mäntyharjun tk:n pelastussuunnitelmassa mainittu kemikaalien (vaarallisten aineiden) hallintamalli tunnetaan ja sitä noudatetaan (N=7).	86	14	3
7. Työpaikalla käytettäviä kemikaaleja käsitellään turvallisesti (N=7).	86	14	3
8. Työpaikalla käytetään asianmukaisia suojaimia (N=9).	89	11	1
9. Jätteiden käsittelyyn on ohje ja sitä noudatetaan (N=13).	92	8	
10. Biologisilta vaaratekijöiltä suhtaudutaan ohjeiden mukaisesti (N=8).	100	0	1
11. Injektioneulojen hylsytyskieltoa noudatetaan (N=6).	83	17	3
12. Solunsalpaajia käsitellään vain suljetussa järjestelmässä (N=2).	50	50	6
13. Työpaikalla on tehtäviä, joissa syntyy pölyä tai savua (N=8).	25	75	3
14. Työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita eikä aerosoleja (N=10).	60	40	1
15. Muu kemiallinen tai biologinen vaaratekijä (kuvaa).	7		

6.2 Tapaturman vaara

Tapaturman vaaraa käsitelivät väittämät 16–26, joista 26 oli avoin kysymys, jossa kyllä-vaihtoehdon valinneet kirjoittivat lisäksi kuvauksen muusta tapaturman vaaran

aiheuttavasta riskitekijästä sille varattuun kohtaan. Vastaajista 65,5 % oli sitä mieltä, liukastumisen vaaraa aiheuttaa lattialla oleva lumi, jää tai vesi. Eritteiden aiheuttamaa liukastumisvaaran huomasi 68 % vastaajista sekä voiteen, öljyn tai huuhteen aiheuttamaa liukastumisvaaraa huomasi niin ikään enemmistö vastaajista (66 %).

Työpaikan ensiapuvälineet olivat kunnossa 88,5 %:n mielestä ja kaikki vastaajat (100 %) kokivat, että lääketieteellisten kaasujen käsittely on turvallisesti hallussa. Vastaajista 86 % koki, työntekijät on perehdytetty lääketieteellisten kaasujen turvalliseen käyttöön, joskin 10 työntekijää ilmoitti, ettei väittämä liity heidän työkuvaansa.

Vastaajista 83 % koki, että korkealla työskenneltäessä käytetään vain turvatikkaita. Peräti 16 vastaajaa ilmoitti kyselyssä, ettei väittämä kosketa heidän työkuvaansa. Yli puolet vastaajista (57 %) vastasi, että laitteiden johto on lattialla vaikeuttamassa liikkumista. Lääkkeitä laimennettaessa höyryiltä ja roiskeilta suojaudutaan 71 %:n mielest, ja 11 vastaajaa ilmoitti, ettei väittämä liity heidän työkuvaansa. Vastaajista 84 % vastasi, että tapaturman vaaran aiheuttaa potilaan raapiminen, potkiminen ja lyöminen hoito- ja nostotilanteissa.

TAULUKKO 9. Tapaturman vaara (N=29)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
16. Lumi/jää tai vesi lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=29)	65.5	34.5	
17. Eritteet lattialla aiheuttavat liukastumisen vaaran. (N=28)	68	32	1
18. Voide, öljy, huuhteet tms. lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=29)	66	34	
19. Työpaikan ensiapuvälineet ovat kunnossa ja henkilökunnan ensiaputaitoa ylläpidetään. (N=26)	88.5	11.5	1
20. Lääketieteellisten kaasujen syttymisvaara tiedostetaan, kaasuja käsitellään turvallisesti. (N=18)	100	0	8
21. Lääkkeellisiä kaasuja käsittelevät on perehdytetty niiden turvalliseen käyttöön. (N=14)	86	14	10
22. Korkealla työskenneltäessä käytetään vain turvatikkaita. (N=6)	83	17	16
23. Laitteiden johto on lattialla vaikeuttamassa liikkumista. (N=28)	57	43	
24. Lääkkeitä laimennettaessa suojaudutaan roiskeilta ja höyryiltä. (N=14)	71	29	11
25. Potilaita nostettaessa ja autettaessa potilas lyö, potkii tai raapii. (N=25)	84	16	4
26. Muu tapaturman vaara (kuva). (N=29)	17		

Kaikista vastaajista 17 % ilmoitti avoimessa kysymyksessä siitä, että he kohtaavat työssään jonkin muun tapaturman vaaraa aiheuttavan riskitekijän (taulukko 9). Näitä olivat käsiin tarttuminen ja puristaminen (1), välineistä aiheutuvat sormivammat ja mustelmat (1), sekä tapaturmat nostotilanteissa (2). Lisäksi tulipalovaara (1) ja uhkaava potilas (1) mainittiin tapaturman vaaraa aiheuttavana tekijänä (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Muu tapaturman vaara

”Riski on pieni, mutta esim. nostotilanteessa voi aiheutua tapaturma: selkä, niska, olkapää tms.”

”Käsiin tarttuminen/puristaminen sattuu.”

”Sormivammat apuvälineitä säädettäessä; mustelmia sänkyjen laitojen ollessa alhaalla.”

”Tulipalovaara.”

”Tapaturmat nostotilanteissa”

”Uhkaava potilas.”

Seuraavassa on eritelty tapaturman vaarat työyksiköittäin (taulukot 11–13). Työturvallisuuden kannalta huomionarvoiset työyksikkökohtaiset eroavaisuudet riskitekijöiden välillä on käsitelty seuraavassa luvussa.

Vuodeosastoilla työskentelee sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi kunto-ohjaaja ja palvelusihteri. Neljä henkilöä työskentelee molemmilla vuodeosastoilla, joten heidän vastauksensa on huomioitu molempien vuodeosastojen tuloksissa.

Muihin työyksikköihin (taulukko 13) lukeutuu terveyskeskuksen vastaanotto, neuvola, mielenterveysyksikkö sekä fysioterapia ja yhden henkilön edustamat toimipisteet, joista käytämme yhteisesti nimitystä ”muut”. Muiden työyksiköiden ammattikirjo on vuodeosastoja laajempi, sairaanhoitajien, lähihoitajien ja palvelusihterien lisäksi edustettuja ammattinimikkeitä ovat terveydenhoitaja, fysioterapeutti, terveyskeskusavustaja ja palveluohjaaja.

TAULUKKO 11. Tapaturman vaara vuodeosastolla 1 (N=11)

	kyllä %	ei %	ekt(fr)
16. Lumi/jää tai vesi lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=11)	100	0	
17. Eritteet lattialla aiheuttavat liukastumisen vaaran. (N=11)	100	0	
18. Voide, öljy, huuhte tms. lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=11)	100	0	
19. Työpaikan ensiapuvälineet ovat kunnossa ja henkilökunnan ensiaputaitoa ylläpidetään. (N=8)	87.5	12.5	1
20. Lääketieteellisten kaasujen syttymisvaara tiedostetaan, kaasuja käsitellään turvallisesti. (N=9)	100	0	1
21. Lääkkeellisiä kaasuja käsittelevät on perehdytetty niiden turvalliseen käyttöön. (N=8)	75	25	1
22. Korkealla työkenneltäessä käytetään vain turvatikkaita. (N=3)	100	0	4
23. Laitteiden johtoja on lattialla vaikeuttamassa liikkumista. (N=11)	73	27	
24. Lääkkeitä laimennettaessa suojaudutaan roiskeilta ja höyryiltä. (N=7)	57	43	2
25. Potilaita nostettaessa ja autettaessa potilas lyö, potkii tai raapii. (N=11)	91	9	
26. Muu tapaturman vaara (kuva).	36		

TAULUKKO 12. Tapaturman vaara vuodeosastolla 2 (N=9)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
16. Lumi/jää tai vesi lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=9)	89	11	
17. Eritteet lattialla aiheuttavat liukastumisen vaaran. (N=9)	100	0	
18. Voide, öljy, huuhte tms. lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=8)	75	25	
19. Työpaikan ensiapuvälineet ovat kunnossa ja henkilökunnan ensiaputaitoa ylläpidetään. (N=7)	86	14	
20. Lääketieteellisten kaasujen syttymisvaara tiedostetaan, kaasuja käsitellään turvallisesti. (N=6)	100	0	
21. Lääkkeellisiä kaasuja käsittelevät on perehdytetty niiden turvalliseen käyttöön. (N=5)	80	20	1
22. Korkealla työkenneltäessä käytetään vain turvatikkaita. (N=3)	100	0	2
23. Laitteiden johtoja on lattialla vaikeuttamassa liikkumista. (N=8)	75	25	
24. Lääkkeitä laimennettaessa suojaudutaan roiskeilta ja höyryiltä. (N=5)	80	20	
25. Potilaita nostettaessa ja autettaessa potilas lyö, potkii tai raapii. (N=9)	100	0	1
26. Muu tapaturman vaara (kuva).	22		

TAULUKKO 13. Tapaturman vaara muissa työyksiköissä (N=14)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
16. Lumi/jää tai vesi lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=14)	43	57	
17. Eritteet lattialla aiheuttavat liukastumisen vaaran. (N=13)	31	69	
18. Voide, öljy, huuhte tms. lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran. (N=14)	43	57	
19. Työpaikan ensiapuvälineet ovat kunnossa ja henkilökunnan ensiaputaitoa ylläpidetään. (N=14)	93	7	
20. Lääketieteellisten kaasujen syttymisvaara tiedostetaan, kaasuja käsitellään turvallisesti. (N=7)	100	0	3
21. Lääkkeellisiä kaasuja käsittelevät on perehdytetty niiden turvalliseen käyttöön. (N=4)	100	0	5
22. Korkealla työskenneltäessä käytetään vain turvatikkaita. (N=1)	100	0	6
23. Laitteiden johtoja on lattialla vaikeuttamassa liikkumista. (N=14)	43	57	
24. Lääkkeitä laimennettaessa suojaudutaan roiskeilta ja höyryiltä. (N=5)	80	20	4
25. Potilaita nostettaessa ja autettaessa potilas lyö, potkii tai raapii. (N=10)	70	30	
26. Muu tapaturman vaara (kuva).	7		

6.3 Psykososiaaliset riskitekijät

Psykososiaalisen aihealueen väittämiä olivat väittämät 27–45, joista 50. oli tuttuun tapaan avoin kysymys. Vastaajista 85 % koki, että työyksikössä ei ole aikaa työn suunnitteluun ja koulutukseen. Vastaajista 84 % oli sitä mieltä, että perehdytys ei ole sujuvaa ja 89 % sitä mieltä että perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja välillistä työtä on paljon. Yli puolet (52 %) vastaajista koki, että työssä joutuu ottamaan vastuuta asioista, joista hänellä ei ole tarpeeksi tietoa tai hän ei ole niistä vastuussa. (Taulukko 14.)

Valtaosa vastaajista (86 %) koki psykososiaalisena kuormitustekijänä sekavien, muistamattomien, psykoottisten tai päihtyneiden potilaiden kanssa työskentelemisen. Niin ikään työpaikalla tehdään lähes kaikkien vastaajien mukaan paljon työtä yksin. Vastaajista 89 % kuitenkin vastasi, että väkivallan uhkaan on varauduttu ja kouluttauduttu. (Taulukko 14.)

Kaikki vastaajat vastasivat, että työpaikalla työntekijät tervehtivät toisiaan. Valtaosa (88,5 %) koki myös, että työnohjausta on mahdollista saada ja että 81 % koki johtamisen olevan oikeudenmukaista. Suurin osa (71 %) koki, että esimies on riittävästi pai-

kalla ja tavoitettavissa, ja 64 % koki, että hänellä on tarpeeksi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksistaan sekä riittävästi resursseja hoitaa niitä. (Taulukko 14.)

Vastaajista 70 % koki, että henkiseen väkivaltaan puututaan välittömästi (taulukko 14). Tähän kysymykseen oli vastannut vain 20 kyselyyn osallistujaa, mutta heistä kolme vastaajaa oli kirjoittanut väittämän perään, etteivät osaa vastata kysymykseen, koska eivät ole havainneet henkistä väkivaltaa tai kiusaamista työpaikallaan (liite 3).

TAULUKKO 14. Psykososiaalinen kuormittuminen (N=29)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
27. Työpaikan perustehtävä on kaikkien tiedossa. (N=29)	97	3	
28. Työnjako on selkeä. (N=28)	79	21	
29. Lähiesimies on riittävästi paikalla/tavoitettavissa. (N=28)	71	29	
30. Uusia hoito- tai työmenetelmiä otetaan käyttöön usein. (N=28)	46	54	
31. Työyksikössä on aikaa työn suunnitteluun ja koulutukseen. (N=27)	15	85	
32. Porehditys on järjestetty sujuvaksi. (N=25)	16	84	
33. Perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja ns. välillistä työtä on paljon. (N=28)	89	11	
34. Työpaikalla tehdään paljon yksitoikkoisia työtehtäviä. (N=28)	21	79	
35. Työpaikalla tehdään paljon yksin suoritettavia työtehtäviä. (N=29)	97	3	
36. Työpaikalla on runsaasti tehtäviä, jotka tulee toteuttaa hyvin täsmällisesti oikeaan aikaan ja niiden aikataulutukseen ei työntekijä voi itse vaikuttaa. (N=28)	68	32	
37. Työtehtävien suorittamiseen, aikataulutukseen ja/tai järjestykseen ei voida itse vaikuttaa. (N=23)	43.5	56.5	
38. Johtajuus vuorotyössä on selkeästi nimetty. (N=15)	60	40	7
39. Esimiehellä on riittävästi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksistaan ja resursseja hoitaa niitä. (N=28)	64	36	
40. Työntekijä joutuu ottamaan vastuun asiasta, jota ei tarpeeksi tunne tai josta hänellä ei ole päätösvaltaa. (N=29)	52	48	
41. Työskennellään sekavien, muistamattomien, päihtyneiden tai psykoottisten ihmisten kanssa. (N=28)	86	14	
42. Hoidetaan pitkiä hoitosuhteita. (N=28)	86	14	
43. Työnohjausta on mahdollista saada. (N=26)	88.5	11.5	
44. Henkiseen väkivaltaan ja kiusaamiseen puututaan välittömästi. (N=20)	70	30	
45. Fyysisen väkivallan uhkaan on varauduttu ja koulutauduttu. (N=28)	89	11	
46. Henkilökuntaa uhkaillaan tai arvostellaan asiattomasti. (N=29)	41	59	
47. Työpaikalla on hyvä ilmapiiri. (N=27)	93	7	
48. Työntekijät tervehtivät toisiaan. (N=29)	100	0	
49. Johtaminen on epäoikeudenmukaista (esim. ei pääse koulutuksiin, epämukavia työvuoroja toistuvasti). (N=26)	19	81	

50. Muu psykososiaalinen kuormitustekijä (kuvaa)	14		
--	----	--	--

Kaikista vastaajista 14 % ilmoitti kohtaavansa jonkin muun psykososiaalisen kuormitustekijän työssään. Näitä olivat jatkuva oman persoonan käyttäminen työssä vuorovaikutuksen välineenä (1), toimenkuvan hajanaisuus (1), sekä potilaisiin nähden liian pieni henkilömitoitus vuorotyössä, etenkin yövuoroissa (1). Lisäksi yhdessä lomakkeessa mainittiin, että hoidon jatkuvuus ei toteudu. (Taulukko 15.)

TAULUKKO 15. Muu psykososiaalinen kuormitustekijä

<p>”itselläni hajanainen toimenkuva”</p> <p>”Työ on jatkuvaa ja herkkää vuorovaikutusta: oma persoona pelissä lähes kaiken aikaa – korkeahko psykososiaalinen riskitekijä”</p> <p>”Henkilömitoitus potilaisiin nähden liian pieni, yövuoroissa kuormitusta, kun koko talossa vain 2 hoitajaa.”</p> <p>”Hoidon jatkuvuutta ei ole.”</p>
--

Seuraavassa on psykososiaaliset kuormitustekijät työyksiköittäin (taulukot 16–18). Työturvallisuuden kannalta huomionarvoiset työyksikkökohtaiset eroavaisuudet riskitekijöiden välillä on käsitelty seuraavassa luvussa.

Vuodeosastoilla työskentelee sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi kunto-ohjaaja ja palvelusihteeri. Neljä henkilöä työskentelee molemmilla vuodeosastoilla, joten heidän vastauksensa on huomioitu molempien vuodeosastojen tuloksissa.

TAULUKKO 16. Psykososiaaliset kuormitustekijät vuodeosastolla 1 (N=11)

	kyllä %	ei %
27. Työpaikan perustehtävä on kaikkien tiedossa. (N=11)	91	9
28. Työnjako on selkeä. (N=11)	73	27
29. Esimies on riittävästi paikalla/tavoitettavissa. (N=11)	82	18
30. Uusia hoito- tai työmenetelmiä otetaan käyttöön usein. (N=11)	36	64
31. Työyksikössä on aikaa työn suunniteluun ja koulutukseen. (N=11)	18	82
32. Porehditys on järjestetty sujuvaksi. (N=10)	0	100
33. Perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja ns. välillistä työtä on paljon. (N=11)	100	0
34. Työpaikalla tehdään paljon yksitoikkaisia työtehtäviä. (N=10)	20	80
35. Työpaikalla tehdään paljon yksin suoritettavia työtehtäviä. (N=11)	91	9
36. Työpaikalla on runsaasti tehtäviä, jotka tulee toteuttaa hyvin täsmällisesti oikeaan aikaan ja niiden aikataulutukseen ei työntekijä voi itse vaikuttaa. (N=10)	90	10
37. Työtehtävien suorittamiseen, aikataulutukseen ja/tai järjestykseen ei voida itse vaikuttaa. (N=8)	50	50
38. Johtajuus vuorotyössä on selkeästi nimetty. (N=10)	60	40
39. Esimiehellä on riittävästi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksistaan ja resursseja hoitaa niitä. (N=10)	30	70
40. Työntekijä joutuu ottamaan vastuun asiasta, jota ei tarpeeksi tunne tai josta hänellä ei ole päätösvaltaa. (N=11)	55	45
41. Työskennellään sekavien, muistamattomien, päihtyneiden tai psyykoottisten ihmisten kanssa. (N=11)	100	0
42. Hoidetaan pitkiä hoitosuhteita. (N=11)	91	9
43. Työnohjausta on mahdollista saada. (N=10)	90	10
44. Henkiseen väkivaltaan ja kiusaamiseen puututaan välittömästi. (N=8)	75	25
45. Fyysisen väkivallan uhkaan on varauduttu ja koulutauduttu. (N=10)	90	10
46. Henkilökuntaa uhkaillaan tai arvostellaan asiattomasti. (N=11)	55	45
47. Työpaikalla on hyvä ilmapiiri. (N=10)	90	10
48. Työntekijät tervehtivät toisiaan. (N=11)	100	0
49. Johtaminen on epäoikeudenmukaista (esim. ei pääse koulutuksiin, epämukavia työvuoroja toistuvasti). (N=9)	22	78
50. Muu psykososiaalinen kuormitustekijä (kuvaa)	9	

TAULUKKO 17. Psykososiaaliset kuormitustekijät vuodeosastolla 2 (N=9)

	kyllä %	ei %
27. Työpaikan perustehtävä on kaikkien tiedossa. (N=9)	89	11
28. Työnjako on selkeä. (N=9)	78	22
29. Esimies on riittävästi paikalla/tavoitettavissa. (N=9)	67	33
30. Uusia hoito- tai työmenetelmiä otetaan käyttöön usein. (N=9)	44	56
31. Työyksikössä on aikaa työn suunniteluun ja koulutukseen. (N=9)	11	89
32. Porehditys on järjestetty sujuvaksi. (N=9)	11	89
33. Perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja ns. välillistä työtä on paljon. (N=9)	89	11
34. Työpaikalla tehdään paljon yksitoikkaisia työtehtäviä. (N=9)	33	67
35. Työpaikalla tehdään paljon yksin suoritettavia työtehtäviä. (N=9)	89	11
36. Työpaikalla on runsaasti tehtäviä, jotka tulee toteuttaa hyvin täsmällisesti oikeaan aikaan ja niiden aikataulutukseen ei työntekijä voi itse vaikuttaa. (N=9)	89	11
37. Työtehtävien suorittamiseen, aikataulutukseen ja/tai järjestykseen ei voida	43	57

itse vaikuttaa. (N=7)		
38. Johtajuus vuorotyössä on selkeästi nimetty. (N=9)	67	33
39. Esimiehellä on riittävästi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksistaan ja resurssija hoitaa niitä. (N=9)	56	44
40. Työntekijä joutuu ottamaan vastuun asiasta, jota ei tarpeeksi tunne tai josta hänellä ei ole päätösvaltaa. (N=9)	44	56
41. Työskennellään sekavien, muistamattomien, päihtyneiden tai psykoottisten ihmisten kanssa. (N=9)	100	0
42. Hoidetaan pitkiä hoitosuhteita. (N=9)	100	0
43. Työnohjausta on mahdollista saada. (N=9)	100	0
44. Henkiseen väkivaltaan ja kiusaamiseen puututaan välittömästi. (N=7)	71	21
45. Fyysisen väkivallan uhkaan on varauduttu ja koulutauduttu. (N=8)	87.5	12.5
46. Henkilökuntaa uhkaillaan tai arvostellaan asiattomasti. (N=9)	78	22
47. Työpaikalla on hyvä ilmapiiri. (N=9)	89	11
48. Työntekijät tervehtivät toisiaan. (N=9)	100	0
49. Johtaminen on epäoikeudenmukaista (esim. ei pääse koulutuksiin, epämu- kavia työvuoroja toistuvasti). (N=9)	22	78
50. Muu psykososiaalinen kuormitustekijä (kuvaa)	11	

TAULUKKO 18. Psykososiaaliset kuormitustekijät muissa työyksiköissä (N=14)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
27. Työpaikan perustehtävä on kaikkien tiedossa. (N=14)	100	0	
28. Työnjako on selkeä. (N=13)	77	23	
29. Esimies on riittävästi paikalla/tavoitettavissa. (N=13)	62	38	
30. Uusia hoito- tai työmenetelmiä otetaan käyttöön usein. (N=12)	50	50	
31. Työyksikössä on aikaa työn suunnitteluun ja koulutukseen. (N=11)	18	82	
32. Puhdistus on järjestetty sujuvaksi. (N=11)	27	73	
33. Perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja ns. välillistä työtä on paljon. (N=13)	77	23	
34. Työpaikalla tehdään paljon yksitoikkoisia työtehtäviä. (N=14)	21	79	
35. Työpaikalla tehdään paljon yksin suoritettavia työtehtäviä. (N=14)	100	0	
36. Työpaikalla on runsaasti tehtäviä, jotka tulee toteuttaa hyvin täsmällisesti oikeaan aikaan ja niiden aikataulutukseen ei työntekijä voi itse vaikuttaa. (N=14)	43	57	
37. Työtehtävien suorittamiseen, aikataulutukseen ja/tai järjes- tykseen ei voida itse vaikuttaa. (N=12)	25	75	
38. Johtajuus vuorotyössä on selkeästi nimetty. (N=1)	0	100	7
39. Esimiehellä on riittävästi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksis- taan ja resurssija hoitaa niitä. (N=14)	71	29	
40. Työntekijä joutuu ottamaan vastuun asiasta, jota ei tarpeeksi tunne tai josta hänellä ei ole päätösvaltaa. (N=14)	57	43	
41. Työskennellään sekavien, muistamattomien, päihtyneiden tai psykoottisten ihmisten kanssa. (N=13)	69	31	
42. Hoidetaan pitkiä hoitosuhteita. (N=13)	77	23	
43. Työnohjausta on mahdollista saada. (N=13)	77	23	
44. Henkiseen väkivaltaan ja kiusaamiseen puututaan välittömäs- ti. (N=8)	62.5	37.5	
45. Fyysisen väkivallan uhkaan on varauduttu ja koulutauduttu.	92	8	

(N=13)			
46. Henkilökuntaa uhkaillaan tai arvostellaan asiattomasti.	21	79	
(N=14)			
47. Työpaikalla on hyvä ilmapiiri. (N=13)	92	8	
48. Työntekijät tervehtivät toisiaan. (N=14)	100	0	
49. Johtaminen on epäoikeudenmukaista (esim. ei pääse koulutuksiin, epämukavia työvuoroja toistuvasti). (N=13)	15	85	
50. Muu psykososiaalinen kuormitustekijä (kuvaa)	14		

6.4 Ergonomia

Ergonomian aihealuetta käsittelivät väittämät 51–65, joista 65. kysymys oli avoin kysymys. Vastaajista (75 %) vastasi, että tavaroita varastoidaan kaappien päälle ja osaston potilas-wc:t ovat ahtaita. Valtaosa (89 %) vastaajista oli sitä mieltä, että työtyösköön suihkutuoleja on hankala käsitellä, tai ne eivät mahdu kunnolla pesutiloihin. Hankalasti käsiteltäviä sängyn laitoja oli käytössä 73 %:n mielestä.

Vastaajista 78 % koki, että istumatyön kuormittavuus on tiedostettu ja istumatyötä tauotetaan tarpeeksi. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että osastonsihteereillä ja paljon näyttöpäätetyötä tekevillä on mahdollisuus säätää työtuoliaan. Hieman yli puolet vastaajista (54 %) koki, että myös näyttöpäätte- ja työskentelytasoa on mahdollista säätää sopivalle korkeudelle tai kulmaan. Vastaajista 50 % ilmoitti, että työskennellessä käsiä joutuu jatkuvasti nostelemaan hartiatason yläpuolelle.

Väittämissä käsiteltiin myös ergonomista työvuorosuunnittelua ja sen toteutumista. Vastaajista 87 % koki, että vuorotyön terveyshaitat tunnetaan, mutta vain reilun kolmasosan (33 %) mielestä työvuorot suunnitellaan suositusten mukaisesti. Vastaajista 37,5 % ilmoitti myös, että työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan. Hieman yli puolet (52 %) vastaajista koki, että lähiesimies ei seuraa henkistä kuormittumista.

TAULUKKO 19. Ergonomiset riskitekijät (N=29)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
51. Tavaroita varastoidaan kaappien päälle. (N=28)	75	25	1
52. Osastolla potilas-wc:t ahtaita (istuimen molemmilla puolilla ei tilaa hoitajalle). (N=14)	79	21	11
53. Osastonsihteereillä tai paljon näyttöpäätetyötä tekevillä on	100	0	4

mahdollisuus säätää työtuoliaan. (N=23)			
54. Työntekijät säätävät tai heidän on mahdollista säätää näyttöpäätetasoja tai työskentelytasoja sopivalle korkeudella tai kulmaan. (N=28)	54	46	
55. Lääkintälaitteista johtuen osastolla nostetaan sängyn päätyjä niin, että joudutaan käyttämään omaa selkää, koska ei päästä tarpeeksi lähelle. (N=12)	0	100	13
56. Työyksikössä siirrellään paljon yksin sänkyjä, jotka ovat raskaita ja vaikeasti hallittavissa. (N=15)	33	67	12
57. Työyksikön suihkutuolit ovat hankalasti liikuteltavia tai eivät mahdu kunnolla suihkutiloihin. (N=28)	89	11	
58. Työyksikössä on hankalasti käsiteltäviä sängynlaitoja, joiden käsittely voi aiheuttaa vaaraa. (N=15)	73	27	12
59. Työtehtävissä käsiä joutuu toistuvasti nostamaan hartiatasoa ylemmäksi. (N=24)	50	50	
60. Istumatyön kuormittavuus tiedostetaan ja istumatyötä tauotetaan riittävästi. (N=23)	78	27	2
61. Työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan. (N=24)	37.5	62.5	4
62. Vuorotyön terveysvaarat tunnetaan. (N=16)	87.5	12.5	10
63. Vuorotyölistat suunnitellaan suositusten mukaisesti. (N=15)	33	67	10
64. Lähiesimies seuraa henkistä kuormittumista. (N=21)	48	52	1
65. Muu ergonominen häirittejä. (N=29)	17		

Avoimeen kysymykseen 17 % vastaajista vastasi myöntävästi ja kuvasi sanallisesti muun häiritteijän. Siirrot ja nostot (2), sekä korkealla olevat säilytystilat (1) koettiin riskitekijänä ergonomian alueella. Lisäksi mainittiin tietokoneiden, sekä toimistokalusteiden epäergonomisuudesta (1), sekä tietokoneiden vähäisestä määrästä ja toimistotyöskentelystä hälinän keskellä (1).

TAULUKKO 20. Muu ergonominen riskitekijä

”kirjallisten töiden tekeminen hälinässä, tietokoneita ei ole tarpeeksi ”
”riskiä siirroissa ja nostoissa”
”Aika-ajoin riskiä (pieniä) nostoissa, siirroissa yms.”
”korkealla säilytystiloja”
”Tietokoneen näyttö, tuolit, pöydät eivät ole ergonomisia.”

Seuraavassa on eritelty ergonomiaan liittyvät riskitekijät työyksiköittäin (taulukot 21–23). Työturvallisuuden kannalta huomionarvoiset työyksikkökohtaiset eroavaisuudet riskitekijöiden välillä on käsitelty seuraavassa luvussa.

Vuodeosastoilla työskentelee sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi kunto-ohjaaja ja palvelusihteri. Neljä henkilöä työskentelee molemmilla vuodeosastoilla, joten heidän vastauksensa on huomioitu molempien vuodeosastojen tuloksissa.

TAULUKKO 21. Ergonomiset riskitekijät vuodeosastolla 1 (N=11)

	kyllä %	ei %	ekt(fr)
51. Tavarointa varastoidaan kaappien päälle (N=10).	70	30	1
52. Osastolla potilas-wc:t ahtaita (istuimen molemmilla puolilla ei tilaa hoitajalle) (N=10).	80	20	1
53. Osastonsihtereillä tai paljon näyttöpäätetyötä tekevillä on mahdollisuus säätää työtuoliaan (N=10).	90	10	1
54. Työntekijät säätävät tai heidän on mahdollista säätää näyttöpäätetasoja tai työskentelytasoja sopivalle korkeudella tai kulmaan (N=11).	55	45	
55. Lääkintälaitteista johtuen osastolla nostetaan sängyn päätyjä niin, että joudutaan käyttämään omaa selkää, koska ei päästä tarpeeksi lähelle (N=9).	0	100	1
56. Työyksikössä siirrellään paljon yksin sänkyjä, jotka ovat raskaita ja vaikeasti hallittavissa (N=10).	30	70	1
57. Työyksikön suihkutuolit ovat hankalasti liikuteltavia tai eivät mahdu kunnolla suihkutiloihin (N=10).	70	30	1
58. Työyksikössä on hankalasti käsiteltäviä sängynlaitoja, joiden käsittely voi aiheuttaa vaaraa (N=10).	80	20	1
59. Työtehtävissä käsiä joutuu toistuvasti nostamaan hartiatasoa ylemmäksi (N=9).	78	22	
60. Istumatyön kuormittavuus tiedostetaan ja istumatyötä tauotetaan riittävästi (N=7).	100	0	2
61. Työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan (N=10).	60	40	
62. Vuorotyön terveysvaarat tunnetaan (N=10).	90	10	
63. Vuorotyölistat suunnitellaan suositusten mukaisesti (N=8).	25	75	1
64. Lähiesimies seuraa henkistä kuormittumista (N=7).	43	57	
65. Muu ergonominen haittatekijä (kuva).	18		

TAULUKKO 22. Ergonomiset riskitekijät vuodeosastolla 2 (N=9)

	kyllä %	ei %	ekt(fr)
51. Tavarointa varastoidaan kaappien päälle (N=8).	87.5	12.5	1
52. Osastolla potilas-wc:t ahtaita (istuimen molemmilla puolilla ei tilaa hoitajalle) (N=8).	26.5	37.5	1
53. Osastonsihtereillä tai paljon näyttöpäätetyötä tekevillä on mahdollisuus säätää työtuoliaan (N=8).	100	0	
54. Työntekijät säätävät tai heidän on mahdollista säätää näyttöpäätetasoja tai työskentelytasoja sopivalle korkeudella tai kul-	44	56	

maan (N=9).			
55. Lääkintälaitteista johtuen osastolla nostetaan sängyn päätyjä niin, että joudutaan käyttämään omaa selkää, koska ei päästä tarpeeksi lähelle (N=6).	0	100	1
56. Työyksikössä siirrellään paljon yksin sänkyjä, jotka ovat raskaita ja vaikeasti hallittavissa (N=8).	25	75	1
57. Työyksikön suihkutuolit ovat hankalasti liikuteltavia tai eivät mahdu kunnolla suihkutiloihin (N=8).	50	50	1
58. Työyksikössä on hankalasti käsiteltäviä sängynlaitoja, joiden käsittely voi aiheuttaa vaaraa (N=8).	75	25	1
59. Työtehtävissä käsiä joutuu toistuvasti nostamaan hartiatasoa ylemmäksi (N=8).	62.5	37.5	
60. Istumatyön kuormittavuus tiedostetaan ja istumatyötä tauotetaan riittävästi (N=5).	80	20	
61. Työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan (N=9).	44	56	
62. Vuorotyön terveysvaarat tunnetaan (N=9).	100	0	
63. Vuorotyölistat suunnitellaan suositusten mukaisesti (N=8).	37.5	62.5	1
64. Lähiesimies seuraa henkistä kuormittumista (N=9).	44	56	
65. Muu ergonominen häirittejä (kuva).	0		

TAULUKKO 23. Ergonomiset riskitekijät muissa työyksiköissä (N=14)

	kyllä %	ei %	ekt(fr)
51. Tavarointa varastoidaan kaappien päälle (N=14).	71	29	
52. Osastolla potilas-wc:t ahtaita (istuimen molemmilla puolilla ei tilaa hoitajalle) (N=1).	100	0	5
53. Osastonsihteereillä tai paljon näyttöpäätetyötä tekevillä on mahdollisuus säätää työtuoliaan (N=10).	100	0	2
54. Työntekijät säätävät tai heidän on mahdollista säätää näyttöpäätetasoja tai työskentelytasoja sopivalle korkeudella tai kulmaan (N=12).	58	42	
55. Lääkintälaitteista johtuen osastolla nostetaan sängyn päätyjä niin, että joudutaan käyttämään omaa selkää, koska ei päästä tarpeeksi lähelle (N=1).	0	100	6
56. Työyksikössä siirrellään paljon yksin sänkyjä, jotka ovat raskaita ja vaikeasti hallittavissa (N=1).	100	0	6
57. Työyksikön suihkutuolit ovat hankalasti liikuteltavia tai eivät mahdu kunnolla suihkutiloihin (N=2).	100	0	5
58. Työyksikössä on hankalasti käsiteltäviä sängynlaitoja, joiden käsittely voi aiheuttaa vaaraa (N=1).	100	0	5
59. Työtehtävissä käsiä joutuu toistuvasti nostamaan hartiatasoa ylemmäksi (N=11).	36	64	
60. Istumatyön kuormittavuus tiedostetaan ja istumatyötä tauotetaan riittävästi (N=13).	77	23	
61. Työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan (N=12).	17	83	1
62. Vuorotyön terveysvaarat tunnetaan (N=3).	67	33	5
63. Vuorotyölistat suunnitellaan suositusten mukaisesti. (N=4)	50	50	4
64. Lähiesimies seuraa henkistä kuormittumista. (N=10)	50	50	
65. Muu ergonominen häirittejä (kuva).	14		

6.5 Fysikaaliset riskitekijät

Fysikaalisia vaaratekijöitä käsittelivät väittämät 66–80, joista 80. kysymys oli avoin kysymys. Vastaajista 64 % koki, että työpaikalla ei ole häiritsevää ja jatkuvaa melua tuottavia laitteita. Valtaosa (96 %) vastasi, ettei työpaikalla tai sen lähetyvillä tehdä voimakasta melua aiheuttavaa työtä. Suurin osa vastaajista (79 %) ilmaisi potilashuoneiden lämpötilan jakautuvan epätasaisesti. Palovamman tai paleltumavamman aiheuttavia esineitä käsiteltiin turvallisesti valtaosan (90 %) mielestä. Enemmistö vastaajista (61 %) koki kohdevalaistuksen olevan saatavilla tarvittaessa ja enemmistön (81 %) mielestä työtilojen valaistus oli sopiva. Ulkotilojen valaistukseen oli tyytyväisiä 62,5 % vastaajista.

Työntekijät eivät altistu tärinälle valtaosan (87,5 %) mukaan. Kaikki vastaajat ilmoittivat, että työpaikalla ei altistuta haitalliselle säteilylle eikä työpaikalla käytetä luokkiin 3B & 4 kuuluvia laserlaitteita. (Taulukko 24.) UV-lamppujen käytöstä ilmoitti vain 9 % vastaajista (taulukko 24), yhdessä kommentissa mainittiin käytössä olevan UVB-kapeakaistalaite (liite 3). Vain 8 % vastaajista koki työpaikan ilmanvaihdon olevan riittävä. Vastaajista jopa 42 % ilmoitti, että viallisia sähkölaitteita tai sähköjohtoja on työpaikalla käytössä. Maadoitetut jatkojohdot olivat kuitenkin käytössä valtaosan (91 %) mielestä. (Taulukko 24.)

TAULUKKO 24. Fysikaaliset riskitekijät (N=29)

	kyllä %	ei %
66. Työpaikalla on häiritsevää, jatkuvaa melua tuottavia laitteita (N=28).	36	64
67. Työpaikalla tai sen lähetyvillä tehdään voimakasta (isku)melua aiheuttavaa työtä (N=28).	4	96
68. Lämpötila potilashuoneissa/työtiloissa jakautuu epätasaisesti (N=28).	79	21
69. Palovamman tai paleltumavamman vaaraa aiheuttavia esineitä käsitellään turvallisesti (N=20).	90	10
70. Kohdevalaistus on saatavilla tarvittaessa (N=28).	61	39
71. Työtilojen valaistus on sopiva (N=27).	81	19
72. Valaistus työpaikan ulkotiloissa on riittävä (N=24).	62.5	37.5
73. Työntekijät altistuvat tärinälle (esim. lattianhoitokone) (N=24).	12.5	87.5
74. Työntekijät altistuvat haitalliselle säteilylle (N=22).	0	100
75. Työpaikalla käytetään UV-lamppuja (N=22).	9	91
76. Työpaikalla käytetään luokkaan 3B ja/tai 4 kuuluvia laserlaitteita (N=17).	0	100
77. Työpaikan ilmanvaihto on riittävä (N=24).	8	92
78. Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käytetä (N=26).	58	42
79. Käytetään vain maadoitettuja jatkojohtoja (N=23).	91	9
80. Muu fysikaalinen riskitekijä (kuvaa)	21	

Kuusi kyselyyn vastannutta (21 %) vastasi kohdanneensa jonkin muun fysikaalisen vaaratekijän työssään. Näistä neljä mainintaa koski sisäilmaongelmia ja kahdessa kommentissa mainittiin sähkölaitteiden johtojen olevan vaaratekijä. (Taulukko 25.)

TAULUKKO 25. Muu fysikaalinen vaaratekijä

”Veto, tuuletuksen vuoksi (riittämättömästä ilmanvaihdosta) ovia pidetään auki kesällä; helteillä ”läpiveto”.”
”Epäpuhdas ilma”
”Sisäilmaongelmat”
”Sängyn säätimien johdot riippuu lattialla -> kaatumisriski”
”Laitteiden johtoja joka paikassa”
”Sisäilmaongelmat! Oma allergia- ni/astmani on pahentunut työssä.”

Seuraavassa on eritelty tapaturman vaarat työyksiköittäin (taulukot 26–28). Työturvallisuuden kannalta huomionarvoiset työyksikkökohtaiset eroavaisuudet riskitekijöiden välillä on käsitelty tuttuun tapaan seuraavassa luvussa. Vuodeosastoilla työskentelee sairaanhoitajien ja lähihoitajien lisäksi kunto-ohjaaja ja palvelusihteri. Neljä henkilöä työskentelee molemmilla vuodeosastoilla, joten heidän vastauksensa on huomioitu molempien vuodeosastojen tuloksissa.

TAULUKKO 26. Fysikaaliset riskitekijät vuodeosastolla 1 (N=11)

	kyllä %	ei %
66. Työpaikalla on häiritsevää, jatkuvaa melua tuottavia laitteita (N=11).	91	9
67. Työpaikalla tai sen lähetyvillä tehdään voimaksasta (isku)melua aiheuttavaa työtä (N=11).	0	100
68. Lämpötila potilashuoneissa/työtiloissa jakautuu epätasaisesti (N=11).	91	9
69. Palovamman tai paleltumavamman vaaraa aiheuttavia esineitä käsitellään turvallisesti (N=10).	90	10
70. Kohdevalaistus on saatavilla tarvittaessa (N=10).	70	30
71. Työtilojen valaistus on sopiva (N=11).	82	18
72. Valaistus työpaikan ulkotiloissa on riittävä (N=9).	33	67
73. Työntekijät altistuvat tärinälle (esim. lattianhoitokone) (N=10).	10	90
74. Työntekijät altistuvat haitalliselle säteilylle. (N=9)	0	100
75. Työpaikalla käytetään UV-lamppuja. (N=10)	0	100

76. Työpaikalla käytetään luokkaan 3B ja/tai 4 kuuluvia laserlaitteita. (N=8)	0	100
77. Työpaikan ilmanvaihto on riittävä. (N=10)	0	100
78. Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käytetä. (N=10)	50	50
79. Käytetään vain maadoitettuja jatkojohtoja. (N=9)	89	11
80. Muu fysikaalinen vaaratekijä (kuvaa).	27	

TAULUKKO 27. Fysikaaliset riskitekijät vuodeosastolla 2 (N=9)

	kyllä %	ei %
66. Työpaikalla on häiritsevää, jatkuvaa melua tuottavia laitteita (N=8).	50	50
67. Työpaikalla tai sen lähetyillä tehdään voimaksasta (isku)melua aiheuttavaa työtä (N=8).	12.5	87.5
68. Lämpötila potilashuoneissa/työtiloissa jakautuu epätasaisesti (N=9).	78	22
69. Palovamman tai paleltumavamman vaaraa aiheuttavia esineitä käsitellään turvallisesti (N=7).	100	0
70. Kohdevalaistus on saatavilla tarvittaessa (N=9).	89	11
71. Työtilojen valaistus on sopiva (N=9).	89	11
72. Valaistus työpaikan ulkotiloissa on riittävä (N=8).	50	50
73. Työntekijät altistuvat tärinälle (esim. lattianhoitokone) (N=8).	12.5	87.5
74. Työntekijät altistuvat haitalliselle säteilylle (N=6).	0	100
75. Työpaikalla käytetään UV-lamppuja (N=7).	0	100
76. Työpaikalla käytetään luokkaan 3B ja/tai 4 kuuluvia laserlaitteita (N=7).	0	100
77. Työpaikan ilmanvaihto on riittävä (N=7).	14	86
78. Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käytetä (N=7).	43	57
79. Käytetään vain maadoitettuja jatkojohtoja (N=7).	86	14
80. Muu fysikaalinen vaaratekijä (kuvaa).	11	

TAULUKKO 28. Fysikaaliset riskitekijät muissa työyksiköissä (N=14)

	kyllä %	ei %	ekt (fr)
66. Työpaikalla on häiritsevää, jatkuvaa melua tuottavia laitteita (N=13).	0	100	
67. Työpaikalla tai sen lähetyillä tehdään voimaksasta (isku)melua aiheuttavaa työtä (N=13).	0	100	
68. Lämpötila potilashuoneissa/työtiloissa jakautuu epätasaisesti (N=13).	69	31	
69. Palovamman tai paleltumavamman vaaraa aiheuttavia esineitä käsitellään turvallisesti (N=8).	75	25	3
70. Kohdevalaistus on saatavilla tarvittaessa (N=14).	43	57	
71. Työtilojen valaistus on sopiva (N=12).	75	25	
72. Valaistus työpaikan ulkotiloissa on riittävä (N=12).	75	25	
73. Työntekijät altistuvat tärinälle (esim. lattianhoitokone) (N=11).	18	82	1
74. Työntekijät altistuvat haitalliselle säteilylle (N=11).	0	100	2
75. Työpaikalla käytetään UV-lamppuja (N=9).	22	78	2
76. Työpaikalla käytetään luokkaan 3B ja/tai 4 kuuluvia laserlaitteita (N=6).	0	100	4
77. Työpaikan ilmanvaihto on riittävä (N=11).	9	91	
78. Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käytetä (N=12).	58	42	
79. Käytetään vain maadoitettuja jatkojohtoja (N=11).	100	0	
80. Muu fysikaalinen vaaratekijä (kuvaa.)	14		

--	--	--	--

7 TULOSTEN YHTEENVETO

Tuloksista selkeästi esille nousevat työturvallisuuden ja -terveyden ongelmakohdat ovat samansuuntaisia aiheesta aiemmin tehtyjen tutkimusten kanssa. Suora vertailu aiempien tutkimusten kanssa on toki suuntaa antavaa, koska nimenomaan terveyskeskuksen hoitohenkilöstöä ja ammattikirjoa koskettavasta laaja-alaisesta riskinarvioinnista ei ole saatavilla julkista tutkittua tietoa.

Oli siis oletettavaa, että psykososiaalinen kuormittuminen nousisi aihealueena ylitse muiden. Aihe olikin vastatuin aihe kyselyssämme ja työntekijät tuntuivat olevan hyvin tietoisia hoitotyön henkisestä ja sosiaalisesta kuormittavuudesta. Sisäilmaongelmien korostuminen fyysikaalisten riskitekijöiden suurimmaksi riskitekijäksi ei myöskään tullut yllätyksenä.

Tuloksia tarkasteltaessa täytyy huomioida, että kokemus työturvallisuudesta on yksilöllinen ja riippuu monesta eri taustatekijästä. Vuodeosastotyössä olevat kohtasivat paikoin erilaisia riskitekijöitä, kuin polikliinisessä päivätyössä olevat työntekijät. Työntekijöiden kommentit riskitekijöistä läpi kyselyn on luettavissa liitteessä 3. Mielenpitoet ja kokemukset ovat samasta asiasta usein hyvinkin erilaisia, joten yksilötoeista koko henkilöstön selkeää mielipidettä työturvallisuusväittämiin emme voi antaa. Tärkeää on kuitenkin tiedostaa, että riskitekijöitä ei pidä sulkea pois lukujenkaan perusteella, vaan työtä täytyy tarkastella turvallisuuden kannalta kriittisesti ja jatkuvasti.

Vaikka aineiston analysointi oli työläs ja aikaa vievä ehkä jo ajastaan jälkeenjääneen paperisen muotonsa vuoksi, lopputulos on kuitenkin kaiken vaivan arvoinen. Saavutimme opinnäytetyölle asettamamme tavoitteen ja saimme vastaukset molempiin tutkimuskysymyksiimme. Toimeksiantaja voi siis näiden tulosten avulla kohdistaa työturvallisuutta parantavat toimenpiteet oikeisiin asioihin ja oikeisiin työyksiköihin.

7.1 Kemiaalliset ja biologiset riskitekijät

Kemiaalliset ja biologiset riskitekijät on pääsääntöisesti huomioitu Mäntyharjun terveyskeskuksessa. Kemikaalien hallinta ja käsittely oli hallussa enemmistön mielestä,

kuten myös asianmukaisten suojainten käyttö. (Taulukko 4.) Avoimen kysymyksen vastausten perusteella Mäntyharjun terveyskeskuksen vuodeosastoilla kaivattaisiin yleistä ohjetta eristyspotilaiden hoitamiseen liittyvissä asioissa (taulukko 5).

Huomiota olisi kiinnitettävä koko terveyskeskuksen mittakaavassa injektioneulojen hylsytyskiellon noudattamiseen, sillä peräti 37 % kaikista vastaajista koki, ettei kieltoa noudateta. Suurin riski neulanpistotapaturmille oli vuodeosastolla 1, jossa peräti 44 % vastaajista koki, ettei kieltoa aina noudateta. (Taulukot 4 ja 6.)

Neulojen hylsytys aiheuttaa vakavan riskitekijän työntekijän terveydelle, sillä injektioneulojen hylsyttäminen on toiseksi suurin syy neulanpistotapaturmiin (Vuoriluoto 2008, 21). Neulanpistotapaturmasta voi aiheutua työntekijälle altistuminen vakavalle veriteitse tarttuvalle virusinfektioille, kuten hepatiiteille B & C, sekä HI-virukselle. Maailman terveysjärjestö on arvioinut, että vuosittain maailmassa altistuu kolme miljoona ihmistä veriteitse tarttuville taudeille neulanpistotapaturman vuoksi. (Vuoriluoto 2008, 3–11.)

Lisäksi huomiota tulisi kiinnittää hajusteiden ja aerosolien käyttöön, sillä 38 % kaikista vastaajista koki, että niitä käytetään työpaikalla ohjeistuksesta huolimatta (taulukko 4). Lisäksi kommentoitiin niiden aiheuttavan hengitystieoireita (liite 3).

7.2 Tapaturman vaara

Ensiapuvälineet ja ensiaputaidot vaikuttaisivat olevan selkeän enemmistön mielestä kunnossa Mäntyharjun terveyskeskuksessa (taulukko 9). Muutamassa kommentissa kuitenkin kaivattiin kertauskoulutusta ensiaputaitojen ylläpitämiseksi (taulukko 10). Lääketieteellisten kaasujen turvallinen käsittely ja niiden turvalliseen käsittelyyn perehdyttäminen on myös huomioitu työpaikalla selkeän enemmistön mielestä (taulukko 9). Vuodeosastoilla voisi kuitenkin jatkossa kiinnittää huomiota siihen, että kaikki lääketieteellisiä kaasuja käsittelevät työntekijät saisivat perehdytyksen niiden turvalliseen käyttöön (taulukko 11, 12).

Vaikka enemmistö vastaajista koki, että roiskeilta ja höyryiltä suojaudutaan lääkkeitä laimennettaessa, niin silti 29 % vastasi väittämään negatiivisesti (taulukko 9). Tähän tulisi kiinnittää huomiota erityisesti vuodeosastolla 1, jossa peräti 43 % vastaajista

koki, ettei suojautuminen roiskeilta ja höyryiltä toteudu aina käytännössä (taulukko 11).

Laitteiden johdot lattialla aiheuttivat harmia 57 %:n mielestä (taulukko 9). Ongelma korostui molemmilla vuodeosastoilla, sillä yli 70 % koki lattialla lojuvien johtojen hankaloittavan liikkumista (taulukko 11,12). Muissa yksiköissä sen sijaan alle puolet (43 %) vastaajista puolsi tämän riskitekijän olemassaoloa (taulukko 13).

Potilaita nostettaessa raapiminen, lyöminen ja potkiminen aiheuttaa tapaturman vaaran selkeään enemmistön (84 %) mielestä, ja riski on olemassa työyksiköstä riippumatta (taulukko 9, 11–13). Liukastumisen vaara lattialla olevan lumen, jään, veden tai eritteiden, öljyn tai voiteen vuoksi puolestaan on erityisesti vuodeosastojen ongelma, mutta muidenkin työyksiköiden työntekijöistä yli 30 % ilmoitti liukastumisen riskitekijäksi (taulukot 11–13).

Hyvään ja turvalliseen työympäristöön on pyrittävä. Tämä mahdollistuu, kun tapaturmia työssä pyritään ennalta ehkäisemään. Tapaturmista aiheutuu myös aineellisia vahinkoja, mutta myös inhimillistä kärsimystä. (Työterveyslaitos 2014.) Työterveyslaitoksen (2012) listauksessa työtapaturmien ilmaantuvuudesta terveys- ja sosiaalipalvelut ovat tilastossa melko matalalla. Tilastoissa on verrattu alan palkansaajien määrää suhteessa sattuneisiin tapaturmiin, ja näiden pohjalta hoitoala ei ole kaikista riskialttiimpien alojen joukossa.

Kuitenkin Rantasen ym. (2005) mukaan terveydenhuolto- ja sosiaalityössä esiintyy työtapaturmia 6. eniten ammattialoista. Tilastot siis kertovat, että hoitotyössä tapaturmia kuitenkin esiintyy ja niihin on syytä puuttua sekä mahdollisuuksien mukaan pyrkiä ennalta ehkäisemään.

7.3 Psykososiaalinen kuormittuminen

Suurin osa kaikista vastaajista koki, että lähiesimies on riittävästi paikalla ja tavoitettavissa. Hieman tyytymättömämpiä tilanteeseen oltiin vuodeosasto 2:lla ja muissa työyksiköissä, kuin vuodeosastolla 1 (taulukot 16–18). Enemmistö vastaajista (64 %) koki, että esimiehellä on riittävästi resursseja hoitaa tehtäviään ja tarpeeksi tietoa velvollisuuksistaan. Vastaajista kuitenkin 36 % oli eri mieltä, ja asiaa kommentoitiinkin

muutamassa lomakkeessa: työntekijät kokevat, että esimiehellä on ehkä liian vähän resursseja suuren vastualueen hoitamiseen, jossa eri työyksiköt ovat hyvin hajallaan (liite 3). Hyvänä asiana meidän kyselyssämme oli myös se, että suurin osa vastaajista koki, että työnohjausta on mahdollista saada. Sairaanhoidajaliitto (2014) korostaa työnohjauksen roolia väylänä, jossa työntekijöiden on mahdollista käsitellä ja purkaa työhön liittyviä tapahtumia ja tunteita.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että työtä tehdessä perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja että niin sanottua välillistä työtä on paljon. Tähän luultavasti liittyy hoitotyön hektisyys: usein perustehtävien lisäksi ilmenee paljonkin ylimääräisiä, yllättäviä tehtäviä, joiden takia perustyöt keskeytyvät. Kiireeseen liittyy vastaajien kommenttien mukaan myös se, että suurin osa kyselyyn vastanneista koki myös, ettei työssä jää aikaa suunnittelulle tai koulutukselle (liite 3). Myös Työstressi ja uni hoitotyössä -tutkimuksessa suurin osa vastaajista koki, että työhön liittyy paljon toisarvoisia työtehtäviä (Karhula ym. 2011, 30).

Vastaajista 43,5 % koki, että työssä esiintyy paljonkin työtehtäviä, joiden aikataulutukseen ja järjestykseen ei voi itse vaikuttaa. Asia korostuu vuodeosastotyössä, sillä muiden yksiköiden työntekijöistä 75 % koki, että heillä on mahdollisuus vaikuttaa työnsä järjestykseen ja aikataulutukseen (taulukko 18). Ruohon (2006, 2) tutkimuskohteena olleet hoitotyön tekijät kokivat, että työssä vaikutusvaltaa on melko vähän. Rahusen (2013, 33) mukaan useat lähteet totesivat työhön liittyvän vähäisen vaikutusvallan vaikuttavan muun muassa sairauspoissaoloihin lisäävästi, kun taas kokemuksen työn hallinnasta vaikuttavan myönteisesti työtyytyväisyyteen sekä yleiseen työssä jaksamiseen.

Perehdytyksestä molempien vuodeosastojen väki oli sitä mieltä, ettei se ole sujuvaa. Tämä on mielestämme huolestuttavaa, koska hoitotyöhön liittyy suuri vastuu ja riittävä perehdyttäminen on hyvin tärkeää. Sairaanhoidajaliiton (2014) mukaan hyvällä perehdyttämällä on positiivisia vaikutuksia myös henkilöstön saatavuuteen sekä osaamistasoon. Sen sijaan enemmistö muiden työyksiköiden työntekijöistä koki perehdytyksen olevan sujuvaa. Esimerkiksi fysioterapian henkilökunta puolsi kokonaisuudessaan perehdytyksen sujuvuutta.

Enemmistö vastaajista koki myös, ettei työssä oteta usein käyttöön uusia hoito- tai työmenetelmiä, minkä koimme toisaalta yllättävänä. Hoitoala ja hoitotiede kuitenkin kehittyvät koko ajan. Ehkä kuitenkin perusasiat pysyvät samoina ja erityisesti vanhemmilla, kokeneemmilla hoitajilla on kehittynyt jo omat, vakiintuneet työtapansa, jotka he ovat kokeneet toimiviksi. Tässä näkyy myös toisaalta se, miten jokaiselle hoitajalle lopulta kehitty omanlaisensa tapa työskennellä ja tehdä hoitotyötä, mikä muotoutuu kokemuksen kautta. Myös Ruohon (2006, 2) tutkimukseen osallistuneista hoitotyön tekijöistä vain kolmannes hyödynsi työssään hoitotieteellistä tietoa. Tämä toisaalta tukee käsitystä siitä, että käytännön työhön uusimmat teoriat ja hoitamisen menetelmät siirtyvät melko hitaasti. Kenties syynä tähän on se, että ne vaativat tarkkaa suunnittelua ja varmistusta siitä, että ne ovat tarkoitukseen sopivia ja luotettavia tapoja korvaamaan vanhat, hyväksi havaitut toimintatavat.

Mäntyharjun terveyskeskuksen vastaajista suuri osa koki, että työssä kohtaa uhkailua tai arvostelua. Myös esimerkiksi Tilastokeskuksen artikkelissa viitattujen tutkimusten yhteenvedossa (Laine ym. 2008, Siren ym. 2007, Piispa ym. 2000) ilmeni, että sosiaali- ja terveysalalla ja erityisesti sairaalatyössä työväkivalta on yleistä, ja se voi ilmetä esimerkiksi uhkailuna.

Kaikista vastaajista peräti 30 % koki, että työpaikalla ei puututa välittömästi henkiseen väkivaltaan tai kiusaamiseen (taulukko 14). Tähän asiaan kannattaa tarttua nyt koko talon laajuisesti. Molemmilla vuodeosastoilla yli 20 % vastaajista koki, ettei henkiseen väkivaltaan tai kiusaamiseen puututa välittömästi. Muissa työyksiköissä tämä luku oli 37,5 %, mikä on huolestuttavan paljon asiassa, jossa kuuluisi olla nollatoleranssi. (Taulukot 16–18.)

Kuitenkin suurin osa vastaajista koki, että työpaikalla ilmapiiri on hyvä, ja että esimerkiksi yleensä työpaikalla tervehditään työkaveria. Työpaikan ilmapiiriä keuhuttiin pariin otteeseen loistavaksi (liite 3). Karhulan ym. (2011, 31) tutkimuksessa vastaajat kokivat, että esimerkiksi työpaikkakiusaamista esiintyy hyvin vähän. Myös Ruohon (2006, 2) tutkimuksen otokseen kuuluneet hoitotyöntekijät kokivat työssään ilmapiirin olevan hyvä. Työyhteisön keskuudessa vallitsevalla hyvällä työilmapiirillä on valtavan suuri vaikutus yleiseen työssäjaksamiseen. Hoitotyö on usein niin henkisesti kuin fyysisestikin rankkaa, joten kollegiaalinen tuki on suuri voimavara ja tähän kannattaa työpaikalla panostaa.

7.4 Ergonomia

Mäntyharjun terveyskeskuksen henkilökunnan mielipiteet fyysisen kuormittavuuden esiintymisestä työssä vaihtelivat. Esimerkiksi suurin osa koki, että suihkutuoleja on hankalaa liikuttaa. Toisaalta suurin osa koki, että esimerkiksi painavia sänkyjä ei joudu yleensä yksin siirtämään. Wc-tilat suurin osa vastaajista koki liian pieniksi (taulukko 19). Myös Tuomisen (2010, 80) tutkimuksessa todetaan, että useissa eri hoitolaitoksissa wc-tilat ovat pieniä ja vaikeuttavat ergonomisen työskentelytavan toteutumista. Liikuteltaviin kalusteisiin liittyviä riskitekijöitä esiintyi vuodeosastoilla (taulukot 21–22), muiden työyksikköjen työntekijöistä valtaosa koki, etteivät ne liittyneet heidän työnkuviinsa (taulukko 23).

Avoimen kysymysten vastausten perusteella ergonomiaan tulisi kiinnittää huomiota erityisesti nostotilanteissa, sillä niistä koettiin ajoittain aiheutuvan riskiä tuki- ja liikuntaelimistölle. Vuorotyön terveysriskejä koki valtaosa (87,5 %), mutta työvuorojen suositusten mukaisessa suunnittelussa olisi parantamisen varaa enemmistön (67 %) mielestä.

Karhulan ym. (2011, 31) tutkimukseen vastanneista terveydenhuoltoalan ammattilaisista 43 % koki, että työ on fyysisesti kuormittavaa. Erityisesti ne, joiden työhön liittyy korkea stressitaso, kokivat enemmän fyysistä kuormitusta. Myös Mäntyharjun terveyskeskuksen vastaajat kokivat, että fyysistä kuormittavuutta lisäävissä tekijöissä on vielä työympäristössä parannettavaa.

7.5 Fysikaaliset vaaratekijät

Tulosten perusteella Mäntyharjun terveyskeskuksessa ei altistuta lainkaan vaaralliselle säteilylle tai käytetä luokkiin 3B ja 4 kuuluvia laserlaitteita. Palo- tai paleltumavammaan vaaran aiheuttavien esineiden turvallinen käsittely vaikuttaisi myös olevan työntekijöillä hallussa.

Tuloksista tuli erittäin selkeästi esille yksi riskitekijä: työpaikan ilmanvaihto ei ole riittävää valtaosan (92 %) mielestä. Ongelma on valitettavasti koko talon laajuinen toimipisteestä riippumatta. Siedettävien tilanne tällä hetkellä ilmanvaihdon kannalta on

neuvolassa, jossa ilmanvaihdon riittämättömyydestä ilmoitti toki enemmistö, 67 % kysymykseen vastanneista, sekä vuodeosasto 2:lla, jossa ilmanvaihtoon tyytymättömiä oli niin ikään enemmistö, 86 % vastaajista. Kaikkien muiden toimipisteiden työntekijöiden kokemus ilmanvaihdon riittämättömyydestä oli täydet 100 %. Sisäilma- ja lämpötilanongelmat mainittiin avoimen kysymyksen kohdalla neljä kertaa (taulukko 25) ja muiden väittämien kommenttikentissä seitsemän kertaa (liite 3), mikä korostaa ongelman vakavuutta ja yleistettävyyttä.

Ilmanvaihtoon liittyen työpaikan lämpötilan jakautumisessa on tulosten perusteella puutteita. Vastaajista 79 % koki, että lämpötila jakautuu potilashuoneissa epätasaisesti. Ongelma vaikuttaisi olevan koko terveyskeskuksen yhteinen toimipisteestä riippumatta, sillä enemmistö sekä vuodeosastojen, että muiden toimipisteiden työntekijöistä oli tätä mieltä. Väittämän yhteyteen oli kirjoitettu kaksi kommenttia (liite 3), joista toinen oli vuodeosastolla työskentelevän henkilön kirjoittama ja toinen muussa toimipisteessä työskentelevän.

Terveystieteiden rakennusten sisäilmaongelmat ovat yleisesti tiedossa, sillä pääosin 50–70-luvuilla rakennettu keskussairaalat ja terveyskeskukset ovat rakennusteknisiltä ominaisuuksiltaan jääneet ajasta jälkeen ja ovat nykyaikaistamisen tarpeessa. Sosiaali- ja terveysministeriö teetti vuonna 2005 selvityksen keskussairaaloiden kunnosta ja ilmanvaihdosta: selvityksen perusteella sairaaloille suositeltiin peruskorjausta ja ilmanvaihdon nykyaikaistamista. Selvityksen mukaan ilmanvaihdon ongelmat ovat yleisiä juuri vuodeosastoilla ja lisääntyvät kesäaikaan kuumuuden ja suurten potilasmäärien vuoksi. (Reijula 2005.) Lämpötilaa koskevaan kysymykseen saimmekin kommentteja, että ongelma korostuu erityisesti kesäisin, jolloin terveyskeskuksen tiloissa voi olla paahtavan kuuma.

Terveystieteiden rakennusten sisäilmaongelmista johtuvat terveysongelmat ovat lisääntyneet runsaasti verrattuna 90-luvun alun tilastoihin: vuonna 2002 sosiaali- ja terveyspalveluissa työskentelevillä todettiin yli 70 sisäilmaongelmista aiheutuvaa ammattitautia, kun vuonna 1990 todettuja ammattitautitapauksia oli vain yhdeksän (Reijula 2005). Olisikin tärkeää, että kyselyssä esiin tulleet sisäilmaongelmiin puututtaisiin, jotta työntekijöiden terveys säilyisi ja mahdolliset ammattitautitapaukset voitaisiin ehkäistä.

Vastaajista jopa 36 % koki, että työpaikalla on jatkuvaa, häiritsevää melua tuottavia laitteita. Tämä vaikuttaisi tulosten perusteella olevan yksinomaan vuodeosasto 1:n ongelma, sillä 91 % kyseisen osaston työntekijöistä ilmoitti melusta kyselyssä. Neljäs-ssä vastauslomakkeessa väittämän kohdalle oli kirjoitettu kommentti melun lähteestä: ilmanpuhdistuslaitteiden ilmoitettiin olevan äänekkäitä. Vuodeosasto 2:n tuloksia lukuun ottamatta kukaan muu kyselyyn vastanneista ei ilmoittanut kokevansa häiritsevää melua työssään. Vuodeosasto 2:n tuloksia tarkasteltaessa täytyy huomioida taustatekijät: kyselyyn osallistuneista viisi henkilöä työskentelee myös vuodeosastolla 1 ja heistä neljä vastasi, että kokee melua työssään. Yksi heistä kirjoittikin väittämän yhteyteen tarkennuksen, että melua aiheutuu toisen osaston ilmanpuhdistuskoneista. Sen sijaan kaikki ainoastaan vuodeosasto 2:lla työskentelevistä vastasivat, etteivät koe häiritsevää melua työssään.

Työpaikan valaistus oli yleisesti tarkasteltuna enemmistön (81 %) mielestä riittävä, mutta vastaanotossa työskentelevistä jopa 67 % koki sen riittämättömäksi. Kohdevalaistuksen saatavuudessa olisi parantamisen varaa jopa 39 %:n mielestä: erityisesti parantamisen varaa asiassa olisi fysioterapiassa (100 %). Työpaikan ulkotilojen valaistus oli enemmistön mielestä kunnossa, mutta kuitenkin 37,5 % vastaajista oli eri mieltä. Takapihaa ja takaparkkia kommentoitiin talvisin pimeäksi kahdessa vastauslomakkeessa.

Sähköturvallisuudessa vaikuttaisi olevan puutteita, sillä jopa 42 % vastaajista ilmoitti, että käytöstä löytyy viallisia sähkölaitteita tai -johtoja. Puutteita ilmeni kaikissa toimipisteissä, paitsi vuodeosasto 1:llä. Joskin vuodeosasto 1:n työntekijöiltä tuli kaksi eri mainintaa, että sähkösätköjen johdot ovat joskus vioittuneet. Tämän väittämän asettelu ”Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käytetä” on sellainen, että siihen vastaaminen on hieman tulkinnanvaraista ja vastaajakohtaista: kysymykseen on helppo vastata vahingossa päinvastaisesti ”kyllä” ja ”ei” -vastausvaihtoehtojen myötä. Voimme näiden tekijöiden perusteella arvioida, että todennäköisesti vioittuneisiin sähkölaitteisiin on törmätty todellisuudessa koko työpaikanlaajuisesti. Maadoitettujen jatkojohtojen käyttämiseen tulisi kiinnittää huomiota molemmilla vuodeosastoilla, erityisesti vuodeosastolla 2, jossa yli puolet (57 %) vastaajista ilmoitti, ettei niitä aina käytetä.

Sähköturvallisuutta työpaikoilla määrittää työturvallisuuslain (738/2002) lisäksi sähköturvallisuuslaki (410/1996), jonka mukaan sähkölaitteista ei saisi aiheutua vaaraa

työntekijöille. Näin ollen kyselyssä esiin tulleet epäkohdat täytyisi lain nojalla saada kuntoon.

8 POHDINTA

Kyselymme vastausprosentti jäi pieneksi, vain 54,7 prosenttiin. Vakituudesta henkilöstöstä ja pitkäaikaisista sijaisista siis hieman alle puolet jätti vastaamatta kyselymme. Olemme kuitenkin saaneet riskitekijöitä kartoitettua tälläkin vastausprosentilla, sillä kyselymme vastaajat olivat pääsääntöisesti selkeästi paneutuneet asiaan ja saimmekin runsaasti kommentteja erilaisiin riskitekijöihin liittyen. Emme voi kuitenkaan tietää, olisiko henkilökunnan toinen puolikas kohdannut työssään sellaisia riskitekijöitä, joita kyselymme vastannut puolikas ei pitänyt työturvallisuutta uhkaavana.

8.1 Tulosten luotettavuus

Tulosten luotettavuutta arvioitaessa täytyy huomioida myös kyselyämme koskettanut eräkato. Lomakkeista löytyi paljon täysin tyhjiä kohtia sekä puuttuvia vastauksia ”en osaa sanoa” -kommentin kera. Muutamia epäselviäkin vastauksia oli: yhden rastin sijasta oli rastittu molemmat vastausvaihtoehdot tai vastaus oli merkitty kysymysmerkillä tai muuten epäselvästi.

Koska kyselyssä oli vain kaksi yksiselitteistä vastausvaihtoehtoa, kyllä ja ei, emme voineet jälkikäteen luoda kolmatta ”en osaa sanoa”-vastauskategoriaa. Tämä ei olisi tasapuolista kyselyyn vastanneita kohtaan, koska suurin osa vastaajista on kuitenkin vastannut ohjeiden mukaisesti, rastimalla sopivimman kahdesta eri vaihtoehdosta tai ilmoittamalla ohjeistuksemme mukaisesti, ettei jokin väittämä liity henkilön työnkuvaan.

Kyselyn tulokset voisivat toki olla toisenlaisia, jos lomakkeessa olisi ollut vielä kolmaskin vastausvaihtoehto valittavaksi. Kyselyn lähtökohtana oli kuitenkin työturvallisuuslaki (738/2002), jonka mukaan työntekijä on velvollinen ilmoittamaan työnantajalle työssään havaitsemistaan puutteita työturvallisuudessa ja työterveydessä. Etukäteen oletuksena olikin, että vastaajat olisivat kyselyssä ilmaisseet nämä puutteet vastaamalla työturvallisuutta koskeviin väittämiin vastaamalla yksiselitteisesti joko kyllä tai ei.

Ennen kyselyn alkua toki pohdimme, olisiko kyselylomakkeeseen voinut lisätä neutraalin vastausvaihtoehdon. Se olisi tässä tapauksessa ollut ”en osaa sanoa”, koska kyselyn mittari ei ollut numeerinen järjestysasteikko. Vaihtoehto ”en osaa sanoa” ei kuitenkaan välttämättä takaa neutraalia arvoa, koska vastaajat voivat valita sen erilaisista syistä. Voi olla, että vastaaja ei ole yksinkertaisesti halunnut kertoa todellista kantaansa asiaan tai hän ei ole ymmärtänyt kysymystä riittävän hyvin ja sen vuoksi valinnut vastaukseen ”en osaa sanoa”. Kyseinen vaihtoehto vähentää myös kyselyn yksiuotteisuutta, mikä olisi voinut heijastua tuloksissa epämääräisyytenä. (Vehkalahti 2008, 36.) Edellä mainittujen seikkojen lisäksi työturvallisuuslaissa (738/2002) määriteltyjen työntekijöiden velvollisuuksien vuoksi emme halunneet muokata valmista, Etelä-Savon sairaanhoitopiirin alueella jo käytössä ollutta ja perusteelliseksi havaittua lomaketta.

Arvelemme kuitenkin ristiintaulukoinnin perusteella, että osa puuttuvista vastauksista olisi vastaajien työyksikön perusteella todellisuudessa ”ei koske työnkuvaa”-vastauksia, mutta maininta tästä oli jostakin syystä jätetty kirjoittamatta. Jälkikäteen ajateltuna olisi voinut olla hyvä ratkaisu lisätä lomakkeeseen kolmas rastittava vastausvaihtoehto ”ei koske työnkuvaa”, koska vastaajien ammattikirjo oli lopulta todella laaja. Eräkato puuttuvien tietojen osalta olisi tällä toimenpiteellä voinut vähentyä jonkin verran.

Eräkato ei mielestämme kuitenkaan vaikuttanut tulosten luotettavuuteen merkittävästi. Opinnäytetyön tavoitteena olikin tuottaa luotettavaa tietoa riskitekijöistä nimenomaan toimeksiantajan käyttöön ja saada jokaisen työntekijän ääni kuuluviin. Lähestymistapamme eräkatoa kohtaan ei johtanut yksittäisten vastauslomakkeiden tai yksittäisten, vähän vastattujen väittämien poistamiseen kyselystä aineiston esikäsittelyvaiheessa, vaan jokainen kyselyyn vastaaja on huomioitu kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän edellyttämällä tavalla. Tuloksistamme näkyy selkeät ongelmakohdat työturvallisuudessa. Väittämissä, joissa vastaukset olivat jakaantuneet, hyödynsimme ristiintaulukointia ja pystyimme sen avulla hyvin paikallistamaan toimipisteet, joissa ongelmia esiintyi.

8.2 Eettinen näkökulma

Tutkimustyyppisen opinnäytetyön tekijöinä eteemme on tullut tutkimusetiikkaan liittyviä kysymyksiä. Tutkimusetiikalla tarkoitetaan koko tutkimusprosessin aikana tutkijoiden tekemää päätöksentekoa ja valintoja ja niiden oikeellisuuden arviointia sekä pohtimista läpi tutkimusprosessin. (Kylmä & Jurvakka 2007, 137–147.) Kuula (2006, 264) kertoo, että eettisyyden toteutumisen vastuu on tutkijalla itsellään. Olemme pyrkineet kiinnittämään huomiota eettisten periaatteiden toteutumiseen omassa kyselysamme ja aineistonkeruussamme ja mielestämme onnistuneet toimimaan eettisesti oikein.

Kuulan (2006, 264) mukaan tutkimuslupa täytyy hakea ennen aineiston keruuta tilanteissa, joissa selvitys suoritetaan jossakin organisaatiossa tai esimerkiksi yrityksessä. Haimmekin asianmukaisen tutkimusluvan Mäntyharjun avo- ja sairaalapalveluiden johtajalta ohjeistuksen mukaisesti, minkä jälkeen suunnittelimme yhdessä toimeksiantajan kanssa aikataulun kyselyn suorittamiselle.

Tutkimukseen osallistuvien itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi tutkimukseen osallistumisen pitäisi olla vapaaehtoista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Opinnäytetyömme lakiperustan, myös työntekijää velvoittavan lakiperustan (Työturvallisuuslaki 738/2002) vuoksi tämä olikin yksi vastaan tulleista eettisistä ongelmista. Tulinme kuitenkin oman etiikkamme ja tutkimuskirjallisuuden perusteella siihen tulokseen, että me tutkijan roolissa olevat opiskelijat emme voi eettisistä syistä velvoittaa ketään vastaamaan kyselyymme. Tämä asia ilmaistiin Mäntyharjun terveyskeskuksen henkilöstölle pitämällämme osastotunnilla 8.4.2014. Saatekirjeessäkkin kirjoitimme nimenomaan toivovamme jokaisen työntekijän osallistumista luotettavan riskianalyysin aikaansaamiseksi, sekä työturvallisuuden parantamiseksi. Jätimme riskinarviointiin liittyvän lakiperusteisen veloitteen toimeksiantajan ratkaistavaksi työnantajan ominaisuudessaan: työntekijöitä tiedotettiin työturvallisuuslaissa määritellyistä työntekijän ilmoitusvelvollisuuksista ja heitä kannustettiin vastaamaan kyselyyn vastausaikaa jatkamalla ja toimeksiantajan henkilöstölle lähettämin sähköpostiviestein.

Toinen työtämme leimaava eettinen kysymys oli anonymiteetin huomioiminen ja säilyttäminen raportointivaiheessa. Mäntyharjun terveyskeskus on suhteellisen pieni työpaikka, jossa on pieniä, jopa vain yhden henkilön käsittäviä ammattikuntia. Tällaisten pienten erottuvien ryhmittymien ja niiden välisten erojen raportointi ei ole välttämättä järkevää tunnistettavuuden vuoksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179).

Olisi siis ollut eettisesti väärin raportoida tulokset tarkasti jokaisen työyksikön ja ammattikunnan tasolla, koska olimme luvanneet, että kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys pysyy salassa myös tulosten julkistamisen yhteydessä. Tästä syystä työyksikkökohtaiset tulokset päätettiin esittää kolmeen osaan jaoteltuna: molempien vuodeosastojen tulokset on esitetty omanaan, mutta pienemmät, alle viiden työntekijän työyksiköt on tulosten raportoinnin yhteydessä yhdistetty omaksi ryhmäkseen vastaajien anonymiteetin säilyttämiseksi.

8.3 Opinnäytetyön merkitys ja kehittämissuhteet

Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa Mäntyharjun terveyskeskuksessa luotettavaa tietoa työn riskitekijöistä, ja näiden tietojen avulla siellä voidaan kehittää työturvallisuutta ja työterveyttä. Koska jokaisella terveydenhuoltoalan työpaikalla on omat erityispiirteensä muun muassa työpaikan koon, sijainnin ja palvelutarjonnan suhteen, on jokaisella työpaikalla varmasti omanlaisensa työturvallisuuskulttuuri ja painopisteet työturvallisuuden saralla. Tästä syystä opinnäytetyömme tulosten perusteella ei pidä lähteä tekemään yleistyksiä suomalaisen terveyskeskustyön riskitekijöistä.

Opinnäytetyömme lisää paitsi Mäntyharjun terveyskeskuksen henkilöstön, niin myös tämän opinnäytetyön lukijoiden tietoisuutta työturvallisuutta uhkaavista tekijöistä hoitotyössä. Opinnäytetyömme lisää tietoisuutta myös työntekijän omista oikeuksista ja velvollisuuksista turvalliseen ja terveelliseen työskentelyyn omassa työympäristössään. Uskomme, että omalta osaltamme voimme tämän opinnäytetyön avulla nostaa työturvallisuuteen liittyviä asioita esille sairaanhoitajina työelämässä tulevaisuudessa.

Opinnäytetyön työvaiheet on kuvattu tähän raporttiin tarkasti vaihe vaiheelta, joten toimeksiantaja voi niitä noudattamalla helposti toistaa riskinarvioinnin, kun aihe tulee taas ajankohtaiseksi muutaman vuoden kuluttua. Parannusehdotuksina toteutukseen ehdotamme sähköisen kyselyn järjestämistä työmäärän järkevöittämisen vuoksi. Lisäksi voisi olla hyvä vaihtoehto lisätä vaihtoehto ”ei liity työnkuvaan” kyselyyn valmiiksi, jotta välttyttäisiin mahdollisilta epäselvyyksiltä asian merkitsemisessä. Nämä ehdotukset huomioimalla riskinarviointiprosessista saadaan entistä täsmällisempi ja yksinkertaisempi toteuttaa.

LÄHTEET

Aho, Jukka 2014. Henkilökohtainen tiedonanto. 6.2.2014. Turvallisuuspäällikkö. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri.

Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2011. Hoitotyön henkilöstön työhyvinvoinnin lisääminen eri-ikäiset työntekijät huomioiden. Työiästä Poweria. Eri-ikäiset työntekijät moniarvoisen työyhteisön voimavarana. Raportti R4. PDF-dokumentti. http://www.vete.fi/Raportit/VT/Loppuraportit/VT_Raportti_R4a.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 11.3.2014.

European Agency for Safety and Health at Work 2004. Systems & programmes. Achieving better safety and health in construction. Information report. PDF-dokumentti. <https://osha.europa.eu/en/publications/reports/314>. Ei päivitystietoa. Luettu 15.3.2014.

European Commission 1996. Guidance on risk assessment at work. Luxembourg: Official Publications of the European Communities.

Fagerström, Virpi 2013. Asiakkaan ergonomisen avustamisen kehittäminen hoitotyössä. Monitasoinen kontrolloitu interventiotutkimus vanhustenhuollossa. Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöstutkimus. PDF-dokumentti. <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/88075/AnnalesC360Fagerstr%C3%B6m.pdf?sequence=1>. Ei päivitystietoa. Luettu 27.2.2014.

Hahtela, Nina & Mäkipää, Sanna 2010. Välineitä työssä jaksamisen tueksi. Sairaanhoitaja 5/2010, 28 – 30

Honkonen, Teija 2010. Työ ja mielenterveys. Teoksessa Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.

Karhula, Kati, Puttonen, Sampsa, Vuori Marko, Sallinen, Mikael, Hyvärinen Hanna Kaisa, Kalakoski Virpi & Härmä, Mikko 2011. Työstressi ja uni hoitotyössä. Työstressin ja työaikajärjestelyjen vaikutukset uneen, kuormittumiseen ja toimintakykyyn terveydenhuoltoalan ammattilaisilla. Helsinki: Työterveyslaitos. PDF-dokumentti. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/Documents/Tyostressi_ja_uni.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 3.11.2014.

Komulainen, Kati 2011. Hoitohenkilöstön kokema työturvallisuus terveysasemalla. Sairaanhoitaja 1/2011, 48–51.

Kuula, Arja 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Gummerus.

Kylmä, Jari & Jurvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Laki työsuojelun valvonnasta 44/2006. Www-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20060044#L5P25>. Päivitetty 2006. Luettu

20.1.2014.

Mäntyharjun kunta 2013. Mäntyharjun kunnan internetsivut. Www-dokumentti.
<http://www.mantyyharju.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 1.3.2014.

Parantainen, Annika & Soini, Sinikka 2010. Riskinarvioinnilla turvallisuutta terveydenhoitoalalle. Helsinki: Työterveyslaitos.

Pääkkönen, Rauno, Sauni, Riitta & Saarinen, Kimmo 2010. Riskinarviointi ja -hallinta työpaikalla. Teoksessa Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim.

Rahunen, Nina 2013. Työkyky ja siihen vaikuttavat psykososiaaliset kuormitustekijät. Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Pdf-dokumentti.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20130534/urn_nbn_fi_uef-20130534.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 10.10.2014.

Rantanen, Jorma & Laitinen, Heikki 2005. Työtaturmat. Suomalaisten terveys. Duodecim. Www-dokumentti.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00041
Ei päivitystietoa. Luettu 13.11.2014.

Rasmus, Mirja 2002. Turvattomuus työoverina. Turvattomuus ja väkivalta sairaalan päivystyspoliklinikalla. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Ruoho, Jonna 2006. Hoitajien voimaantuminen ja eettisten periaatteiden noudattaminen vanhusten hoitotyössä. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. Pdf-dokumentti.
<https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93374/gradu01023.pdf?sequence=1>
Ei päivitystietoa. Luettu 12.10.2014.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Riskien arviointi työpaikalla –työkirja. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2014. Työsuojelu työpaikoilla. Www-dokumentti.
http://www.stm.fi/tyoelama/tyosuojelu_tyopaikoilla
Ei päivitystietoa. Luettu 2.10.2014.

Suurnäkki, Timo 2004. Terveydenhuoltopalvelujen työsuojelu- ja kehittämisopas. Helsinki: Työturvallisuuslaitos.

Takala, Esa-Pekka 2010. Työ ja liikuntaelimistö. Teoksessa Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim.

Tilastokeskus 2009. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Www-dokumentti. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=7
Päivitetty 30.9.2009. Luettu 5.10.2014.

Tuominen, Pipsa 2010. Työergonomian ohjauksen vaikutuksia vanhainkodin hoitohenkilökunnan työtapoihin ja koettuun kuormitukseen. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. Pdf-dokumentti.

http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20100089/urn_nbn_fi_uef-20100089.pdf. Ei päivitystietoa. Luettu 14.5.2014.

Työterveyslaitos 2011. Ammattitaudit päätoimialoittain. Www-dokumentti. http://www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotapaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolet/Sivut/ammattitaudit_paatoimialoittain.aspx Päivitetty 7.5.2010. Luettu 12.11.2014.

Työterveyslaitos 2014. Tapaturmien ehkäisy. Www-dokumentti. http://www.ttl.fi/fi/tyoturvaluus_ja_riskien_hallinta/tapaturmien_ehkaisy/Sivut/default.aspx Päivitetty 10.9.2014. Luettu 12.11.2014.

Työterveyslaitos 2012. Työtapaturmat päätoimialoittain. Www-dokumentti. http://www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotapaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolet/Sivut/tyotapaturmat_paatoimialoittain.aspx Päivitetty 7.5.2010. Luettu 12.11.2014.

Työterveyslaitos 2012. Työtapaturmat toimialoittain. Www-dokumentti. http://www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotapaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolet/sivut/tyotapaturmat_toimialoittain.aspx Päivitetty 7.5.2010. Luettu 12.11.2014.

Työturvallisuuslaki 738/2002. Www-dokumentti. <http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 18.1.2014.

Työsuojeluhallinto 2014. Biologiset vaarat. Www-dokumentti. <http://www.tyosuojelu.fi/fi/biologisetvaarat> Päivitetty 23.1.2014. Luettu 27.1.2014

Työturvallisuuskeskus 2008. Kemialliset tekijät. Www-dokumentti. http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu/kemialliset_tekijat Ei päivitystietoa. Luettu 27.1.2014.

Työturvallisuuskeskus 2014. Työtapaturmat. Www-dokumentti. <http://www.tyoturva.fi/tyosuojelu/tyotapaturmat> Ei päivitystietoa. Luettu 15.1.2014.

Vainikka, Sari 2014. Henkilökohtainen tiedonanto. 28.1.2014. Avo- ja sairaalapalveluiden päällikkö. Mäntyharjun kunta.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Vuoriluoto, Irmeli 2008. Älä anna neulanpiston yllättää. Tapaturmavaara. Tehyn selvitys neulanpistoista ja terävien esineiden aiheuttamista tapaturmista. Helsinki: Tehy.

Hei!

Olemme kolmannen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyönämme riskinarvioinnin kyselytutkimuksena Mäntyharjun terveyskeskuksen hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tuottaa ajankohtaista ja luotettavaa tietoa työssä esiintyvistä riskitekijöistä Mäntyharjun terveyskeskukselle. Kyselymme tulosten pohjalta Mäntyharjun terveyskeskuksen työsuojeluorganisaatio voi päivittää työsuojelun toimintaohjelmaa, ja ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin työturvallisuuden ja työterveyden parantamiseksi.

Kyselyssä käytetään Kasten-hankkeeseen sisältyneessä VeTe-hankkeessa kehitettyä, hoitotyöhön sovellettua riskinarvioinnin apulomaketta, jota on käytetty Etelä-Savon sairaanhoitopiirin yksiköissä riskinarvioinnin apuvälineenä vuodesta 2011 alkaen.

Luotettavaa riskinarviointia varten toivoisimme teidän jokaisen näkemystä työssänne kohtaamista riskitilanteista. **Vastausaikaa on kaksi ja puoli viikkoa, 8.4.2014 – 27.4.2014.** Lomakkeen väittämiin vastataan merkitsemällä rasti sopivan vastausvaihtoehdon kohdalle (kyllä/ei), sekä kirjoittamalla tarvittaessa kommentti avoimeen kysymykseen. Kyselylomakkeisiin on liitetty tarkemmat ohjeet kyselyn täyttämistä. Toivomme, että täytätte myös lomakkeiden esitiedot huolella. Tulosten vertailun kannalta työyksikkönne ja ammattinimikkeenne ovat oleellisia tietoja. Tulosten analysoinnin jälkeen kyselylomakkeet palautetaan Mäntyharjun terveyskeskuksen avo- ja sairaalapalveluiden päällikkö Sari Vainikalle riskinarviointiprosessin myöhempiä vaiheita varten.

Mikäli tarvitsette neuvoa kyselyn täyttämässä tai teille herää muita kysymyksiä opinnäytetyöstämme, voitte olla meihin yhteydessä sähköpostitse. Autamme ja vastaamme kysymyksiin mielellämme.

Yhteistyöterveisin

sairaanhoitajaopiskelijat

Anni Aho (anni.aho@edu.mamk.fi) & Katja Kainulainen (katja.kainulainen@edu.mamk.fi)

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

RISKINARVIOINTI MÄNTYHARJUN TERVEYSKESKUKSEN HOITOHENKILÖSTÖLLE

Opinnäytetyössämme kartoitamme hoitotyön riskitekijöitä Mäntyharjun terveyskeskuksen eri työyksiköissä ja ammattiryhmissä. Tarkoituksena olisi vertailla myös riskitekijöiden yhteyttä ikään ja työntekijän työkokemukseen. Henkilöllisyytesi ei tule ilmi opinnäytetyöstämme. Lopullisessa opinnäytetyössämme emme vertaile yhden ihmisen työyksiköitä henkilöllisyyden suojaamiseksi, vaan tarvittava tieto tulee ainoastaan Mäntyharjun terveyskeskuksen käyttöön. Kyselylomakkeet palautetaan tulosten analysoinnin jälkeen toimeksiantajan käyttöön riskienhallinnan kehittämistä ja työturvallisuuden parantamista varten.

Pyytäisimme sinua täyttämään varsinaisen kyselylomakkeen lisäksi tämän taustatietolomakkeen. Kysymyksiin vastataan laittamalla rasti sopivan vaihtoehdon kohdalle tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun kohtaan. Kiitos vastauksestasi!

1. Ammattinimikkeesi Mäntyharjun terveyskeskuksessa?

- lähihoitaja/perushoitaja
- sairaanhoitaja
- terveydenhoitaja
- röntgenhoitaja
- lääkäri
- kuntohoitaja
- fysioterapeutti
- puheterapeutti
- psykologi
- jokin muu, mikä: _____

2. Työyksikkösi Mäntyharjun terveyskeskuksessa?

- vuodeosasto 1
- vuodeosasto 2
- terveyskeskuksen vastaanotto
- röntgen
- neuvola
- mielenterveysyksikkö
- esimiestehtävät
- fysioterapia
- jokin muu, mikä: _____

3. Ikäsi? ___ vuotta**4. Kauanko olet työskennellyt Mäntyharjun terveyskeskuksessa nykyisellä ammattinimikkeelläsi?**

- ___ vuotta
- alle vuoden

5. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä ammatissasi yhteensä (nykyisessä ja aiemmissa työpaikoissa yhteensä)?

- ___ vuotta
- alle vuoden

KEMIALLISET JA BIOLOGISET VAARATEKIJÄT

Tarkoitetaan vaarallisten aineiden, yhdisteiden ja hiukkasten aiheuttamia terveyshaittoja. Arviointiin kuuluu työpaikalla esiintyvien kemiallisten altisteiden ja niiden vaarallisten ominaisuuksien tunnistaminen sekä niiltä suojautuminen.

Asian kuvaus	Kyllä	Ei	Riski ja sen merkittävyyden arviointi	Toimenpiteet ja toteuttaja sekä aikataulu
Mäntyharjun terveyskeskuksen pelastussuunnitelmassa mainittu kemikaalien (vaarallisten aineiden) hallintamalli tunnetaan ja sitä noudatetaan				
Työpaikalla käytettäviä kemikaaleja käsitellään turvallisesti				
Työpaikalla käytetään asianmukaisia suojaimia				
Jätteen käsittelyyn on ohje ja sitä noudatetaan				
Biologisilta vaaratekijöiltä suojaudutaan ohjeiden mukaisesti				
Injektioneulojen hylsytyskieltoa noudatetaan				
Solunsalpaajia käsitellään vain suljetussa järjestelmässä				
Työpaikalla on tehtäviä, joissa syntyy pölyä tai savua				
Työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita eikä aerosoleja				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

Muu kemiallinen tai biologinen vaaratekijä (kuva)				
---	--	--	--	--

TAPATURMAN VAARAT

Ovat tapahtumi, joiden yhteydessä ihminen voi menehtyä, loukkaantua vakavasti tai saada lievemmän vamman.

Asian kuvaus	Kyllä	Ei	Riski ja sen merkittävyyden arviointi	Toimenpiteet ja toteuttaja sekä aikataulu
Lumi/jää tai vesi lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran				
Eritteet lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran				
Voide, öljy, huuhte tms. lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran				
Työpaikan ensiapuvälineet ovat kunnossa ja henkilökunnan ensiaputaitoa ylläpidetään				
Lääketieteellisten kaasujen syttymisvaara tiedostetaan kaasuja käsitellään turvallisesti				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

Lääkkeellisiä kaasuja käsittelevät on pe- rehdytetty niiden turvalliseen käyttöön				
Korkealla työskenneltäessä käytetään vain turvatikkaita				
Laitteiden johtoja on lattialla vaikeuttamas- sa liikkumista				
Lääkkeitä laimennettaessa suojaudutaan roiskeilta ja höyryiltä				
Potilaita nostettaessa tai autettaessa potilas lyö, potkii tai raapii				
Muu tapaturmavaara (kuva)				

PSYKOSOSIAALINEN KUORMITTUMINEN

Tarkoittaa työn aiheuttamaa henkistä yli- tai alikuormittumista.

Asian kuvaus	Kyllä	Ei	Riski ja sen merkit- tävyys arviointi	Toimenpiteet ja toteuttaja sekä aikataulu
Työpaikan perustehtävä on kaikkien tiedossa				
Työnjako on selkeä				
Lähiesimies on riittävästi paikalla/tavoitettavissa				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

Uusia hoito- tai työmenetelmiä otetaan käyttöön usein				
Työyksikössä on aikaa työn suunnitteluun ja koulutukseen				
Perehdytys on järjestetty sujuvaksi				
Perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja ns. välillistä työtä on paljon				
Työpaikalla tehdään paljon yksitoikkoisia työtehtäviä				
Työpaikalla tehdään paljon yksin suoritettavia työtehtäviä				
Työpaikalla on runsaasti tehtäviä, jotka tulee toteuttaa hyvin täsmällisesti oikeaan aikaan ja niiden aikataulutukseen ei työntekijä voi itse vaikuttaa				
Työtehtävien suorittamisen aikataulutukseen ja/tai järjestykseen ei voida itse vaikuttaa				
Johtajuus vuorotyössä on selkeästi nimetty				
Esimiehellä on riittävästi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksistaan ja resursse-				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

ja hoitaa niitä				
Työntekijä joutuu ottamaan vastuun asiasta jota ei tarpeeksi tunne tai josta hänellä ei ole päätösvaltaa				
Työskennellään sekavien, muistamattomien, päih-tyneiden tai psykoottisten ihmisten kanssa				
Hoidetaan pitkiä hoitosuhteita				
Työnohjausta on mahdollista saada				
Henkiseen väkivaltaan ja kiusaamiseen puututaan välittömästi				
Fyysisen väkivallan uhkaan on varauduttu (henkilö-turvallisuusohje) ja kouluttauduttu				
Henkilökuntaa uhkaillaan tai arvostellaan asiatto-masti				
Työpaikalla on hyvä ilmapiiri				
Työkaverit tervehtivät toisiaan				
Johtaminen on epäoikeudenmukaista (esim, ei pää-se koulutuksiin, epämukavia työvuoroja toistuvasti)				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

Muu psykososiaalinen kuormittumistekijä (kuvaa)				
---	--	--	--	--

ERGONOMIA

Tarkoitetaan työmenetelmien ja työvälineiden soveltuvuutta tehtävään työhön.

Tarkastellaan työn kuormittavuutta, hankalia työasentoja, työaikoja ja työntekijöiden jaksamista

Asian kuvaus	Kyllä	Ei	Riski ja sen merkittävyyden arviointi	Toimenpiteet ja toteuttaja sekä aikataulu
Tavaroita varastoidaan kaappien päälle				
Osastolla potilaswc:t ahtaita (istuimen molemmilla puolilla ei tilaa hoitajalle)				
Osastosihteereillä tai paljon näyttöpäätetyötä tekevillä on mahdollisuus säätää työtuoliaan.				
Työntekijät säätävät tai heidän on mahdollista säätää näyttöpäätetasoja tai työskentelytasoja sopivalle korkeudelle tai kulmaan.				
Lääkintälaitteista johtuen osastolla nostetaan sängyn päätyjä niin, että joudutaan käyttämään omaa selkää, koska ei päästä tarpeeksi lähelle				
Työyksikössä siirrellään paljon yksin sänkyjä, jotka ovat raskaita ja vaikeasti hallittavissa.				
Työyksikön suihkutuolit ovat hankalasti liikutel-				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

tavia tai eivät mahdu kunnolla suihkutiloihin??				
Työyksikössä on hankalasti käsiteltäviä sängynlaitoja, joiden käsittely voi aiheuttaa vaaraa				
Työtehtävissä käsiä joutuu toistuvasti nostamaan hartia tasoa ylemmäksi				
Istumatyön kuormittavuus tiedostetaan ja istumatyötä tauotetaan riittävästi				
Työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan				
Vuorotyön terveystvaarat tunnetaan				
Vuorotyölistat suunnitellaan suositusten mukaisesti				
Lähiesimies seuraa henkistä kuormittumista				
Muu ergonominen häirittejä (kuva)				

FYSIKAALISET VAARATEKIJÄT

Tarkoitetaan työssä esiintyviä eri energiamuotojen aiheuttamia vaaratekijöitä.

Vaaratekijöitä ovat mm. melu, lämpötila, valaistus ja säteily.

Asian kuvaus	Kyllä	Ei	Riski ja sen merkittävyyden arviointi	Toimenpiteet ja toteuttaja sekä aikataulu
Työpaikalla on häiritsevää, jatkuvaa melua tuottavia laitteita				
Työpaikalla tai sen lähetyillä tehdään voimakasta (isku)melua aiheuttavaa työtä				

Kyselylomake – Riskien arvioinnin apulomake

Lämpötila potilashuoneissa/ työtiloissa ja- kautuu epätasaisesti				
Palovamman- tai paleltumavamman vaaraa aiheuttavia esineitä käsitellään turvallisesti				
Kohdevalaistus on saatavilla tarvittaessa				
Työtilojen valaistus on sopiva				
Valaistus työpaikan ulkotiloissa on riittävä				
Työntekijät altistuvat tärinälle (esim. lattianhoitokone)				
Työntekijät altistuvat haitalliselle säteilylle				
Työpaikalla käytetään UV-lamppuja				
Työpaikalla käytetään luokkaan 3B ja/tai 4 kuuluvia laserlaitteita				
Työpaikan ilmanvaihto on riittävä				
Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käyte- tä				
Käytetään vain maadoitettuja jatkojohtoja				
Muu fyysikaalinen haitta ja/tai vaarateki- jä(kuvaa)				

Riskin kuvaus ”Riski ja sen merkittävyyden arviointi” -sarakeessa

Kemialliset ja biologiset riskitekijät

9. Jätteiden käsitteluun on ohje ja sitä noudatetaan	”on ollut, nyt en löytänyt ajantasaista ohjetta”
14. Työpaikalla ei käytetä voimakkaita hajusteita eikä aerosoleja.	”jotkut harvat käyttävät -> saan itse hengitysoireita niistä”

Tapaturman vaara

11. Lumi/jää tai vesi lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran.	”joskus ulko-ovien edessä liukkaita lumikaudella” ”aulassa missä työtila sijaitsee kivilattia” ”mahdollista, mutta ei merkittävä riski” ”ennakoitavissa talvisäässä”
13. Voide, öljy, huuhte tms. lattialla aiheuttaa liukastumisen vaaran.	”kivilattia liukas märkänä” ”hyvinkin mahdollista, mutta ei kovin merkittävä riski”
14. Työpaikan ensiapuvälineet ovat kunnossa ja henkilökunnan ensiaputaitoa ylläpidetään.	”Ensiaputaitojen kertausta suunnitellusti”
18. Laitteiden johto on lattialla vaikeuttamassa liikkumista.	”Joskus näin on tilapäisesti -ei merkittävä riski.”
20. Potilaita nostettaessa ja autettaessa potilas lyö, potkii tai raapii.	”Riski on hyvin pieni ja harvinainen työssäni, mutta mahdollinen.” ”lasten kanssa harmitonta”

Psykososiaalinen kuormittuminen

24. Lähiesimies on riittävästi paikalla/tavoitettavissa	”kokouksia paljon”
---	--------------------

Riskin kuvaus ”Riski ja sen merkittävyyden arviointi” -sarakkeessa

25. Uusia hoito- tai työmenetelmiä otetaan käyttöön usein.	”aika rajoittaa, kiire” ”otetaan kyllä mikäli saadaan lisäkoulutusta ja uusia menetelmiä” ”Viime aikoina uudistuksia ollut useampi”
26. Työyksikössä on aikaa työn suunnitteluun ja koulutukseen.	”kiire” ”koulutusta tulisi olla enemmän”
27. Perehdytys on järjestetty sujuvaksi.	”tätä kehitetään”
28. Perustehtävän suorittaminen keskeytyy usein ja ns. välillistä työtä on paljon.	”hajottaa aika-ajoin melkoisesti” ”Liian suuri asiakasmäärä, puh.yhteydet, laitehuollot, kontrollinäytteet, työn suunnittelu” ”vaihtelee”
30. Työpaikalla tehdään paljon yksin suoritettavia työtehtäviä	”oma työni enimmäkseen yksinäistä työtä” ”kaikki yksin tehthäviä toimenpiteitä vast.otolla, itse teen työnsuunnittelun”
32. Työtehtävien suorittamiseen, aikataulutukseen ja/tai järjestykseen ei voida itse vaikuttaa.	”itse vaikutan paljon” ”osaan töistä voi itse vaikuttaa, osaan ei” ”voi vaikuttaa” ”On myös työtehtäviä, jotka on tehtävä välittömästi.” ”voidaan itse vaikuttaa”
34. Esimiehellä on riittävästi tietoa vastuistaan ja velvollisuuksistaan ja resursseja hoitaa niitä.	”Aika-ajoin resurssivaje, näkyy ja tuntuu aiheuttaen ongelmia työyhteisössä.” ”ehkä liian laaja vastuu alue ja työtä paljon, eri toimipisteet hajallaan.” ”työtä on kyllä mielestäni hänellä liikaa”
35. Työntekijä joutuu ottamaan vastuun asiasta, jota ei tarpeeksi tunne tai josta hänellä ei ole päätösvaltaa.	”joskus joutuu” ”jos joutuu, niin saa tukea esimieheltä”
36. Työskennellään sekavien, muistattomien, päihtyneiden tai psykoottisten ihmisten kanssa.	”Huonomuistisia, joskus päihtyneitäkin tulee hoitoon (alko, huumeet, sekakäyttö) - ei kuitenkaan merkittävä riski.”

Riskin kuvaus ”Riski ja sen merkittävyyden arviointi” -sarakeessa

38. Työnohjausta on mahdollista saada.	”satunnaisesti, ei riittävästi”
39. Henkiseen väkivaltaan ja kiusaamiseen puututaan välittömästi.	”vähän tai ei lainkaan henkistä väkivaltaa” ”en ole koskaan kohdannut omissa työpisteissä” ”ei kokemusta” ”en tiedä, ei kokemusta, oletus (kyllä)”
40. Fyysisen väkivallan uhkaan on varauduttu ja koulutauduttu.	”ei riittävästi”
42. Työpaikalla on hyvä ilmapiiri.	”useimmiten” ”sekä-että” ”Loistava!!” ”loistava”

Ergonomia

49. Työntekijät säätävät tai heidän on mahdollista säätää näyttöpäätetasoja tai työskentelytasoja sopivalle korkeudella tai kulmaan.	”toivoisi välillä enemmän mahd.”
55. Istumatyön kuormittavuus tiedostetaan ja istumatyötä tauotetaan riittävästi.	”tämä on ihan itsestäni kiinni” ”käytännössä hankala toteuttaa” ”potilaskontaktien välillä ”pientä liikuntaa” pyytää seuraavan potilaan sisälle”
56. Työntekijät joutuvat useasti muuttamaan työvuorojaan.	”Teen päivätyötä, mutta oma työaikataulukkonni ”elää” jatkuvasti.”

Fysikaaliset riskitekijät

61. Työpaikalla on häiritsevää, jatkuvaa melua tuottavia laitteita.	”ilmanpuhdistajat” ”ilmanpuhalluslaitteet äänekkäitä” ”ilmanpuhdistimet ovat tosi äänekkäitä” ”ilmanpuhdistuskoneet toisella osastolla” ”Ilmastointipuhaltimet haittaavat jopa potilaita -> yöllä ainakin.”
---	---

Riskin kuvaus ”Riski ja sen merkittävyyden arviointi” -sarakkeessa

62. Työpaikalla tai sen lähetyvillä tehdään voimaksasta (isku)melua aiheuttavaa työtä.	”joskus mm. remontoidaan alakertaa sos.toimiston tiloja”
63. Lämpötila potilashuoneissa/työtiloissa jakautuu epätasaisesti.	”Kesällä voi olla lähes 30+ astetta lämmiin. Talvella 17+ joissakin huoneissa.” ”ikkunasta vetää, kesällä paahtavan kuuma” ”Vettoa merkittävästi. Talvella kylmä.
66. Työtilojen valaistus on sopiva.	”liian kirkas”
67. Valaistus työpaikan ulkotiloissa on riittävä.	”ulos enemmän valoja/takapihan valaistus huono” ”takaparkki talvella aika pimeä”
69, Työntekijät altistuvat haitalliselle säteilylle.	”ultraäänen kädensijan vuoto ei liene merkityksellinen”
70. Työpaikalla käytetään UV-lamppuja.	”UVB-kapekaistalaite on käytössä”
72. Työpaikan ilmanvaihto on riittävä.	”kuuma kesällä pot.huoneissa, potilaat hikoilee vaikka on vähän vaatteita yllä” ”ikkunasta vetää, kesällä on paahtavan kuuma” ”Merkittävä riski! Altistusoireita on.” ”osissa tiloista on ongelmia”
73. Viallisia sähkölaitteita tai -johtoja ei käytetä.	”joskus sähkösätköjen johdot rikki”
74. Käytetään vain maadoitettuja jatkojohtoja.	”TV-radiot”