

Mari Järvisalo

PSYYKKISESTI KUORMITTUNEEN TYÖTERVEYSHUOLTOASIAKKAAN HOITOPOLUN KEHITTÄMINEN PALVE- LUMUOTOILUN KEINOIN

Opinnäytetyö
Terveyden edistämisen koulutus (ylempi amk)

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä	Tutkinto	Aika
Mari Järvisalo	Terveystieteiden koulutus (ylempi amk)	Lokakuu 2018
Opinnäytetyön nimi		
Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun kehittäminen palvelumuotoilun keinoin		62 sivua 9 liitesivua
Toimeksiantaja		
Pihlajalinna Kymijoki Oy		
Ohjaaja		
Marja-Leena Kauronen, Hanna Helanen-Pöntinen		
Tiivistelmä <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua Pihlajalinna Kymijoki Oy:ssä. Kehittämisen prosessin tehtävänä oli tuottaa tietoa käytettävistä toimintatavoista ja kehittää palveluprosessia, jonka avulla pystytään tarjoamaan oikeaan aikaan riittävää tukea psyykkisesti kuormittuneelle työterveyshuoltoasiakkaalle.</p> <p>Opinnäytetyön lähestymistapana oli palvelumuotoilu. Tässä opinnäytetyössä palvelumuotoiluprosessi koostui määrittely- tutkimus- ja suunnitteluvaiheesta. Määrittelyvaiheessa työskentelytapoina olivat innopaja työskentely ja benchmarkkaus. Tutkimusvaiheessa käytettiin etnografisista tutkimusmenetelmistä havainnointia, reflektiivisiä keskusteluja sekä kenttävaiheen tutkimusta. Saadut tutkimustulokset jaettiin sisällöllisiin, toiminnallisiin ja laadullisiin tavoitteisiin koskien kehitettävää hoitopolkua.</p> <p>Kehittämisen prosessin tuloksena suunniteltiin kaksi mallia, joista psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopoluksi asiakkaan toiveiden mukaisesti valikoitui kehitettäväksi hoitopolun malli, jossa vahvistetaan toimintaa nykyisin käytössä olevin työterveyshuollon resurssein. Mallissa vahvistetaan työterveyshoitajan roolia psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan kohtaamisessa, tilanteen kartoittamisessa ja jatkosuunnitelmien tekemisessä sekä määrittellään kriteereitä, joiden perusteella asiakas ohjautuu työterveyshuollon asiantuntijoiden vastaanotolle tai erikoissairaanhoidon.</p>		
Asiasanat työterveyshuolto, psyykinen kuormittavuus, hoitopolku, palvelumuotoilu		

Author (authors)	Degree	Time
Mari Järvisalo	Master's Degree Programme in Health Promotion	October 2018
Thesis title		
Developing a treatment path for the psychically stressed client of the occupational health care by using service design methods		62 pages 9 pages of appendices
Commissioned by Pihlajalinna Kymijoki Oy		
Supervisor		
Marja-Leena Kauronen, Hanna Helanen-Pöntinen		
Abstract		
<p>The purpose of this thesis was to develop a treatment path for a psychically stressed client of occupational health care by using the methods of service design.</p>		
<p>The aim of this thesis was to produce information of the procedures that help to improve the ways to help the physically stressed client at the right time.</p>		
<p>The thesis approach was focused on service design. The service design process consisted of three phases: identification, research and planning. The identification work comprised an innovation workshop and benchmarking. Observation, reflection discussions and field work were used in the research process. The results of that work were qualified by the contents, working methods and quality aspects of the treatment path for the psychically overloaded client.</p>		
<p>Two different kinds of paths were planned in the developing process. The client chose the path that enables the existing resources to be used in treating the psychically stressed patient. One can develop that path by using those resources that already exists. In the model, the role of the occupational health care nurse is strengthened in the situations where they help the psychically stressed clients and when they make the plans for their treatment. The criteria that must be fulfilled are defined before one writes a referral to the secondary care.</p>		
Keywords		
occupational health care, psychical stress, a treatment path, service design		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ	8
3	TYÖTERVEYSHUOLTO	8
4	TYÖN PSYKOSOSIAALISET KUORMITUSTEKIJÄT	10
5	PSYKKISEN TUEN TARPEESEEN LIITTYVÄT TEKIJÄT	12
5.1	Työuupumus.....	13
5.2	Unihäiriöt ja unettomuus	15
5.3	Masennus	16
6	TYÖTERVEYSHUOLLON MENETELMIÄ PSYKKISEN TUEN ANTAMISEEN	19
6.1	Ohjaus ja neuvonta.....	19
6.2	Ratkaisukeskeinen toimintatapa	20
6.3	Toimintamalli työuupumuksen hoitoon	21
6.4	Toimintamalli masennuksen hoitoon työterveyshuollossa	23
7	PALVELUMUOTOILU	24
7.1	Palvelumuotoilu työterveyshuollon toiminnan kehittämisen välineenä	24
7.2	Palvelumuotoilu työterveyshuollon liiketoimintaa kehittämässä	26
7.3	Palvelumuotoilun vaiheet uuden toimintamallin luomisessa.....	29
8	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	31
8.1	Palvelumuotoilu opinnäytetyön lähestymistapana.....	31
8.2	Määrittelyvaihe	31
8.3	Tutkimusvaihe	38
8.4	Suunnitteluvaihe.....	42
8.5	Tuotantovaihe.....	47
8.6	Arviointivaihe	48
9	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	49

9.1	Kehittämistehtävän luotettavuus ja eettisyys	49
9.2	Kehittämisprosessin ja tulosten arviointi	53
9.3	Jatkokehittämissuositukset	56

LIITTEET

Liite 1. Brief-palaverin kooste

Liite 2. Tavoitekartoitus

Liite 3. Tavoitekartoituksen kooste

Liite 4. Benchmarkkaus kooste

Liite 5. Yritysassiakasnäkökulman kooste

Liite 6. Teemat reflektoiiviin keskusteluihin

Liite 7. Toimeksiantosopimus

1 JOHDANTO

Idea opinnäytetyön aiheesta heräsi kehityskeskustelussani joulukuussa 2017. Esimieheni ehdotti, että tekisin opinnäytetyön psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun kehittämiseksi Pihlajalinna Kymijoki Oy:lle. Koin aiheen hyvin mielenkiintoiseksi ja läheiseksi itselleni, koska olen ennen työterveyshoitajan töiden aloittamista työskennellyt sekä psykiatrisessa sairaalassa että mielenterveystoimistossa. Lisäksi nykyisessä työssäni olen lähes päivittäin tekemisissä henkilöiden kanssa, jotka kokevat voimakasta psyykkistä kuormitusta.

Työterveyshuollon tulevaisuuden haasteina ovat työkyvyn edistäminen ja työkyvyttömyyden ehkäisy ja työterveyshuollon toimia suunnataan nykyistä enemmän työkykyä tukevaan suuntaan. Työterveyshuollossa tulee tunnistaa työpaikkojen riskiryhmät ja riskiyksilöt sekä työkykyä uhkaavat seikat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Ennaltaehkäisevät ja työkykyä ylläpitävät toimet suunnataan näille ryhmille yhdessä työpaikan kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua työterveyshuollossa, jolloin pystyttäisiin ennakoimaan työkyvyttömyyden syntymistä tai nopeuttamaan työkyvyn parantumista riittävän aikaisessa vaiheessa.

Niin sanotun tekemättömän työn kustannuksista, kuten sairauspoissaolot ja tapaturma poissaolot, aiheutuu yrityksille ja kunnille hyvin merkittäviä taloudellisia kustannuksia vuosittain. Panostamalla työhyvinvointiin ja työkykyjohtamiseen voidaan saada alenemaa näihin kustannuksiin. (Tekemättömän työn vuosikatsaus 2017; Kauppinen ym. 2013.) Työolobarometrin 2016 mukaan työpaikoilla edelleen esiintyy psykososiaalista kuormitusta, vaikka monilla osaluoteilla on menty eteenpäin (Mähönen 2017). Taloudellisten vaikutusten lisäksi psyykinen kuormitus voi heikentää työntekijöiden elämänlaatua merkittävästi.

Vuonna 2016 työkyvyttömyyseläkkeelle siirtyi kaiken kaikkiaan 21 304 henkilöä, joista mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöiden osuus oli 34,2 % ja tuki- ja liikuntaelämisen osuus oli 30,4 % (Eläketurvakeskuksen tilastoja

2017). Neljännes ennenaikaisen eläköitymisen vuoksi menetettävistä työvuosista on seurausta alle 35-vuotiaiden eläköitymisestä. Eläköitymisen pääasiallisena syynä nuorilla ovat mielenterveyden häiriöt ja eläkepäätösten määrä on edelleen hienoisessa kasvussa. (Kauppinen ym. 2013.)

Edellä mainittujen haasteiden vuoksi työpaikallani on koettu tärkeäksi kehittää psyykkisesti kuormittuneiden asiakkaiden hoitopolkua, jotta heidät tavoitettaisiin riittävän aikaisessa vaiheessa ja heidät pystyttäisiin ohjaamaan oikeanlaisen avun ja tuen piiriin. Tällä hetkellä työterveyshuolto pystyy kyllä järjestämään työterveyslääkärin ja -hoitajien käyntien lisäksi ohjaus- ja neuvontakäyntejä sekä työterveyspsykologeille että depressiohoitajalle, mutta vastaanottoaikoja asiakkaat voivat joutuvat odottamaan useita viikkoja.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen kehittämistyö, joka toteutetaan palvelumuotoilun menetelmiä käyttäen. Kvalitatiivisen kehittämistyön lähtökohtana on todellisen tilanteen kuvaaminen, jonka ilmenemistä pyritään tutkimaan aina kokonaisvaltaisesti. Sen tavoitteena on pyrkiä löytämään tai paljastamaan tutkittavaan asiaan liittyviä tosiasioita. Toiminnallisessa opinnäytetyössä laadullisen tutkimusasetteen on nähty toimivan myös tilanteissa, joissa tarkoituksena on toteuttaa kohderyhmän näkemyksiin perustuva idea. (Vilkkä & Airaksinen 2003.)

Yamk opiskelun ohessa opiskelin Työkykykoordinaattoriksi. Tuohon opiskeluun liittyi myös kehittämistehtävän tekeminen, joten tämän opinnäytetyön suunnitteluvaihe on ollut osa Työkykykoordinaattorikoulutuksen kehittämistehtävääni (4 ov).

Tutkimus on rajattu koskemaan psyykkisesti oireilevan työterveyshuoltoasiakkaan ohjautumista tarkoituksenmukaisen selvittelyn ja tuen piiriin työterveyshuollossa. Työ on jo olemassa olevan palvelun kehittämistä, ei uuden luomista. Kyseistä palvelua halutaan selkeyttää ja pohtia mitkä tekijät ja asiat vaikuttavat sen toimivuuteen, sekä kehitetään monipuolisempaa palvelupolkua.

Kehittämisprosessissa käytetään Juha Tuulaniemen palvelumuotoiluprosessi mallia. Tuulaniemen malli koostuu viidestä tutkimusvaiheesta, joissa jokaisessa käytetään innovatiivisia työskentelytapoja. Kehittämisprosessissa käytettiin Innopaja-työskentelyä ja työterveyshoitajien haastatteluja hoitopolun määrittelyvaiheessa sekä benchmarking - työskentelyä hoitopolun suunnittelun tukena.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua Pihlajalinna Kymijoki Oy:ssä. Tutkimuksellisenä viitekehyksenä on palvelumuotoilu.

Kehittämisprosessin tehtävänä on tuottaa tietoa käytettävistä toimintatavoista ja kehittää palveluprosessia, jonka avulla pystytään tarjoamaan oikeaan aikaan riittävää tukea psyykkisesti kuormittuneelle työterveyshuoltoasiakkaalle.

Psyykkisesti kuormittuneella työterveyshuoltoasiakkaalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä henkilöä, joka kokee eri syistä johtuvaa psyykkistä kuormitusta, jolla on vaikutusta henkilön työ- ja toimintakykyyn. Psyykkisellä kuormittumisella tarkoitetaan henkilön henkiseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä, esimerkiksi työstressi, unettomuus tai masennus.

3 TYÖTERVEYSHUOLTO

Työterveyshuoltolaki (21.12.1383/2001) määrittelee työterveyshuollon toiminnan tavoitteeksi edistää työntekijöiden terveyttä ja työkykyä edistämällä työn turvallisuutta ja työyhteisön toimintaa sekä ehkäisemällä työhön liittyviä sairauksia ja tapaturmia. Työterveyshuoltolaki velvoittaa kaikkia työnantajia ja työterveyshuolto on järjestettävä, kun yrityksessä on vähintään yksi työntekijä. Työnantaja voi järjestää työterveyshuoltolaissa tarkoitetut palvelut hankkimalla ne terveyskeskukselta tai muulta työterveyshuoltopalvelujen tuottamiseen oikeutetulta toimintayksiköltä (lääkärikeskus) tai järjestämällä ne itse tai yhteistyössä toisten työnantajien kanssa. Lakisääteisen työterveyshuollon lisäksi yritysten on mahdollista järjestää työntekijöille myös työterveyspainotteista sai-

raanhoitoa. Työnantaja on oikeutettu saamaan korvausta järjestämästään työterveyshuollosta sairausvakuutuslain perusteella. (Husman 2010, 61; Martimo ym. 2010, 56.)

Työterveyslaitos seuraa työterveyshuollon palvelujärjestelmän kehitystä ja toimintaa Työterveyshuolto Suomessa -katsauksella. Vuonna 2015 työterveyshuollon piiriin kuului 1,99 miljoonaa henkilöä, työterveyshuollon kattavuus oli 84 % työllisestä työvoimasta. Työterveyshuollon palvelujärjestelmän tuottajarakenne on muuttunut koko 2000-luvun ajan. Lääkärikeskusten työterveyshuollon henkilöasiakasmäärä on 58 % koko työterveyshuollon asiakasmäärästä. Työnantajan omia asemia on ulkoistettu ja lääkärikeskukset ovat osataneet pieniä lääkärikeskuksia. Vuoteen 2010 verrattuna työterveysyksiköiden määrä oli vähentynyt yli 70 yksikköä. (Lappalainen ym. 2016.)

Työelämän vaatimukset ovat muuttuneet ja työlle tyypilliset vaaratekijät ovat vähentyneet. 2000-luvulla työelämän keskeisimpiä haasteita ovat työn psykososiaalinen kuormitus, kiire, pätkätyöt ja väestön ikääntyminen. Työterveyshuolloilta edellytetään entistä laaja-alaisempaa otetta, ennaltaehkäisevien toimenpiteiden rinnalle tarvitaan laaja-alaista työorganisaatioon ja yrityskulttuuriin integroituvaa kehittävää toimintaa. (Martimo ym. 2010, 57.)

Työterveyshuollon toiminta on muuttunut vuosikymmenten aikana yhä enemmän ennaltaehkäisevästä terveydenhuollosta sairaanhoitopainotteiseksi. Tästä painopistealueen muutoksesta ovat monet asiantuntijat olleet huolissaan, etenkin kun yhteiskunnan tavoitteena on työurien pidentäminen. Työterveyshuollon toimintaa on moitittu tehottomaksi ja vaikuttavuutta on ollut vaikea osoittaa. 2012 tehdyssä Cochrane-katsauksessa (Krogsboll ym.) on todettu, että aikuisväestön terveystarkastuksilla ei ole vaikutusta väestön kuolleisuuteen tai sairastavuuteen. Työterveyshuollossa on todettu käytettävän menetelmiä, jotka kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu vaikuttamattomiksi, samoin tutkimus- ja hoitolinjaukset eivät kaikkialla ole Käypä hoito -suositusten mukaisia. (Seuri 2013.) Työterveyshuollon vaikuttavuutta on todettu parantavan toimiva työterveysyhteistyö yrityksen ja työterveyshuollon välillä, etenkin jos työkykyjohtaminen on saatu yrityksessä toimimaan ja työterveysyhteistyötä toteutetaan oikein kohdennetusti ja sen toteutumista pystytään seuraamaan

sovittujen indikaattorien perusteella (Uitti 2011). Jokisen (2016) tutkimuksessa työterveyshuollon asiakkaat kokivat, että työterveyshuollon toiminta oli kaiken kaikkiaan hyvällä tai tyydyttävällä tasolla. Eniten parannusta he toivoivat työkykyasioiden hoitoon sekä työhyvinvoinnin ja terveydenedistämisen tukemiseen.

Valtioneuvoston asetuksen mukaan työterveyshuollon on selvitettävä tehtyjen toimenpiteiden, esimerkiksi työpaikkaselvityksissä annettuja suosituksia ja niiden toteutumista työpaikalla, vaikuttavuutta työympäristössä ja työyhteisössä. Työterveyshuollon vaikuttavuutena on pidetty havaittuja (positiivisia) muutoksia esimerkiksi työoloissa sekä työntekijöiden asenteissa tai työkyvyssä. Eniten hyötyä näyttäisi tutkimusten valossa olevan riskitekijöihin kohdentuvista laaja-alaisista terveydenedistämistä- ja työkykyhankkeista niin yksilöille kuin yrityksille ja yhteiskunnallekin. Vahvin tutkimusnäyttö on todettu erityisesti verensuonitautien ja stressin hallintaan kohdistetuissa tutkimuksissa. (Uitti ym. 2007; Nyholm 2015.)

Työterveysyksikkö, jossa itse työskentelen, on aiemmin toiminut kunnallisena liikelaitoksena ja nyt siirtynyt osaksi valtakunnallista terveystaloyritystä. Työterveydessä on periaatteessa hyvät resurssit toimia psyykkisesti kuormittuneiden asiakkaiden hoitamiseksi; ammattihenkilöiden lisäksi on käytettävissä kokoaikaiset työpsykologien palvelut sekä depressiohoitajan palvelut. Kehittämistä vaatii kuitenkin tehtävänkuvien selkiyttäminen ja koko palveluprosessin uudelleen jäsentäminen, jotta asiakkaat saisivat parhaan mahdollisen avun psyykkisen kuormituksen hoitamisessa.

4 TYÖN PSYKOSOSIAALISET KUORMITUSTEKIJÄT

Työn perinteiset riskitekijät; fyysinen kuormitus, fyysikaaliset kuormitustekijät (melu), kemialliset kuormitukset (liuottimet) on saatu työsuojelullisin ja työterveyshuollon keinoin vähenemään viimeisten parin kymmenen vuoden aikana. Näiden riskitekijöiden pienentyessä sekä työn luonteen muuttuessa palvelu- ja tietotyön suuntaan, ovat työn kuormitustekijät siirtyneet psykososiaalisiin kuormitustekijöihin. Psyykkisillä kuormitustekijöillä tarkoitetaan itse työn ominaisuuksia ja työn organisointiin liittyviä tekijöitä kuten työn määrä, vaikutusmahdollisuudet työhön ja työstä saatava palaute. Sosiaaliset tekijät käsittävät mm.

työyhteisön vuorovaikutukseen, esimiestyön johdonmukaisuuteen ja tasa-arvoon liittyviä tekijöitä. Työolojen on arvioitu vaikuttavan työntekijän terveyteen sekä suoraan että välillisesti. (Ahola ym. 2011, 159.)

Psyykkisesti kuormittavaksi arvioidaan työt, joissa on suuret psyykkiset vaatimukset, mutta vähäinen vaikutusmahdollisuus omaan työhön. Epäoikeudenmukainen kohtelu työssä ja huonot sosiaaliset suhteet puolestaan lisäävät sosiaalista kuormitusta työssä. Näillä edellä mainituilla tekijöillä on todettu olevan vaikutusta lisääntyneeseen psyykkiseen oireiluun sekä varsinaiseen masennuksen ilmaantumiseen. (Ahola ym. 2011, 161—167.) Tutkiessaan esiopettajien työstressiä ja selviytymiskeinoja Kaikkonen (2007) toteaa, että yhteiskunnalla ja vanhemmilta tulevat paineet ja odotukset lisäsivät esiopettajien työstä kokemaan henkistä kuormitusta, samoin aikapaineet ja työn vastuullisuus nousivat tuossa tutkimuksessa kuormittaviksi tekijöiksi.

Psykososiaalista kuormitusta voidaan arvioida muun muassa erilaisten työstressimallien mukaan. Karasekin työn vaatimukset – työn hallintamalli (Job Demand – Control model) on paljon käytetty malli. Se sisältää kaksi perushypoteesia työstressin syntymiseen. *Kuormitushypoteesi* sisältää työn jakamisen kuormittamattomaan ja kuormittavaan työhön. Teorian mukaan työn haitallinen kuormitus syntyy, kun vaatimustaso on korkea, mutta työn hallinta on vähäistä. Työn hallinnalla tässä tarkoitetaan työntekijän vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä ja työn sisältöön, työntekijän taitoja ja kykyjä sekä työn monipuolisuutta. Työn vaatimuksia voivat olla esimerkiksi työn määrällinen ylikuormitus, kiire ja ristiriitaiset tehtävänkuvat. Kuormittava työtilanne voi altistaa stressiperäisille sairauksille. *Aktiivisen oppimisen hypoteesin* mukaan työ voidaan jakaa aktiiviseen ja passiiviseen työhön. Aktiivinen työ sisältää paljon vaatimuksia, mutta myös vaikutusmahdollisuuksia, joiden on ajateltu lisäävän työmotivaatiota sekä työssä kehittymistä. Passiivisessa työssä näitä tekijöitä on vähän ja tällaisen tilanteen on arvioitu heikentävän työmotivaatiota sekä passivoivan yksilöä. (Van der Doef & Maes 2010.)

Vahva työyhteisön sosiaalinen tuki ja omien vahvuuksien kanssa yhteensopiva työ on auttanut esiopettajien yksilölliseen stressin kokemukseen Alangon

tutkimuksessa sekä auttaa heitä kokemaan työn palkitsevana ja ehkäisi kuormituksen kokemusta. Stressiltä suojaavaksi on nähty myös tilanne, jossa voimavaratekijöitä on suhteessa enemmän kuin työn kuormitustekijöitä. (Alanko 2012.)

Ruth (2008) on tutkinut psykososiaalisten työolotekijöiden yhteyttä työikäisten kuntoutujien ajatuksiin jäädä eläkkeelle ennen vanhuuseläkeikää. Tuossa tutkimuksessa todettiin, että mitä enemmän kuntoutujat kokivat vaikutusmahdollisuuksia omassa työssään, sitä vähemmän heillä ilmeni työuupumusta ja toivetta jäädä varhaiseläkkeelle. Tärkeäksi koettiin, että työpaikoilla kiinnitettäisiin huomiota ja pyrittäisiin kehittämään työntekijöiden vaikutusmahdollisuuksia omaan työhönsä.

Honkonen ja Pasternack (2008) selvittivät näytönastekatsauksessaan Itseraportoitujen psykososiaalisten työolotekijöiden yhteyttä masennustiloihin. Näytönasteeksi arvioitiin C (niukka tutkimusnäyttö), laadullisesti tutkimukset oli arvioitu kelpollisiksi ja kohtalaisesti sovellettaviksi suomalaiseen väestöön. Tutkimusten mukaan *suuret työn vaatimukset, vähäiset vaikutusmahdollisuudet ja vähäinen työssä saatu sosiaalinen tuki voivat lisätä kliinisten masennustilojen ilmaantumista*. Heikommin oli todennettavissa *huonon työilmapiirin, vähäisen työyhteisön sosiaalisen pääoman ja kohtelun oikeudenmukaisuuden sekä pitkään jatkuneen työpaikkakiusaamisen kokemuksen vaikutusta masennustilojen ilmaantumiseen*.

5 PSYKKISEN TUEN TARPEeseen LIITTYVÄT TEKIJÄT

Tässä kehittämistyössä psyykkisen tuen tarpeeseen liittyvistä tekijöistä keskitytään kolmeen tekijään: työuupumus, unettomuus ja masennus, jotka ovat mielenterveysperusteisista vastaanottokäynneistä tai sairauslomien syistä suurimmat ryhmät työpaikallani tehtyjen käyntitilastojen perusteella. Esimerkiksi masennus voi johtaa pitkiin sairauspoissaoloihin ja pitkittyessään jopa työkyvyttömyyteen, joten sen varhainen havaitseminen ja hoidon aloitus ovat ensiarvoisen tärkeitä niin ihmisen omalle hyvinvoinnille kuin työssä jatkamisellekin.

5.1 Työuupumus

Pitkittynyt työstressi voi johtaa häiriötilaan, jota kutsutaan työuupumukseksi. Työuupumukseen liittyvät oireet voidaan jakaa uupumusasteiseen väsymykseen, kyynistyneeseen asenteeseen työtä kohtaan sekä heikentyneeseen ammatilliseen itsetuntoon. Lääketieteessä työuupumusta ei luokitella sairaudeksi vaan sitä pidetään elämäntilanteen hallintaan liittyvänä ongelmana. Työuupumukseen liittyy kuitenkin riski sairastua mm. masennukseen, unihäiriöihin, päihdehäiriöihin ja stressiperäisiin somaattisiin sairauksiin. Työuupumuksen on todettu lisäävän työkyvyttömyyden riskiä. (Ahola ym. 2015.) Työuupumuksella oli myös tilastollisesti merkittävä vaikutus varhaiseläkeajatuksiin kuntoutusasiakkaiden keskuudessa (Ruth 2008).

Työelämän yleinen tilanne vaikuttaa työuupumuksen esiintyvyyteen väestössä. Vuonna 2011 työssä käyvistä suomalaisista miehistä 2% kärsi vakavasta ja 23% lievästä työuupumuksesta ja naisista vastaavasti 3% kärsi vakavasta ja 24% lievästä työuupumuksesta. Työuupumusta voidaan arvioida kyselylomakkeilla, Suomessa on käytössä Maslachin yleinen työuupumuksen arviointimenetelmä (MBI-GS) ja Bergen Burnout Indicator (BBI-15). MBI-GS on todettu sopivan kaikille ammattiryhmille ja BBI-15 lähinnä toimihenkilöille. Kyselyiden lisäksi työuupumuksen arvioinnissa käytetään haastattelua, jossa selvitetään työntekijän oireilun laatua, työolosuhteita ja työssä tapahtuneita muutoksia sekä terveydentilaa ja muuta elämäntilannetta. (Ahola ym. 2015.)

Työuupumukseen johtavia tekijöitä löytyy niin työstä kuin työntekijästäkin. Työuupumukseen liittyviä työskentelyolosuhteita ovat mm. liialliset työn vaatimukset yhdistyneinä vähäisiin työn voimavaroihin, esimerkiksi vähäiset jousto mahdollisuudet tai esimieheltä saatu tuen vähyys. Erityisesti liian suuri työ määrä, rooliristiriidat ja -epäselvyydet, vähäinen sosiaalinen tuki ja koettu epäoikeudenmukaisuus ovat yhteydessä työuupumuksen syntyyn. Työuupumukselle altistavia työntekijän ominaisuuksia ovat muun muassa liialliset itselle tai työlle asetetut vaatimukset, voimakas velvollisuudentunto sekä vähäiset selviytymiskeinot stressitilanteessa (esimerkiksi taukojen laiminlyönti, työpäivän jatkuva venyminen yrityksenä selviytyä ylimitoitetusta työtaakasta). Työolot, työntekijän yksilölliset ominaisuudet sekä elämäntilanteeseen liittyvät tekijät vaikuttavat yhdessä työuupumuksen syntyyn. (Ahola ym. 2015; Hakanen

2005.) Työpaineiden ja osin myös työnhallinnan mahdollisuudet olivat yhteyksissä uupumusoireilun kokemiseen myös Virkkusen (2013) tutkimuksessa tietöyläisten koetusta kiireestä, työn hallinnan mahdollisuuksista ja uupumuksesta.

Työpaikoilla työuupumusta voidaan ehkäistä huolehtimalla työolosuhteiden säännöllisestä arvioinnista, kehittämisestä sekä toimivista käytännöistä epäkohtien puheeksiottamiseksi. Suosituksena on, että yrityksiin on laadittu työkyvyntuen toimintamallit, joihin on kirjattu puuttumista vaativat hälytysmerkit ja toimintatapa hälytysmerkkien esiintyessä. Työntekijän on hyvä huolehtia päivittäin omasta palautumisestaan sekä kiinnittää huomiota niin työajan noudattamiseen kuin terveellisiin elämäntapoihinkin. Työssä kohdatut tai havaitut epäkohdat otetaan esimiehen kanssa puheeksi ja osallistutaan yhteistoimintaan, jolla löydetään toimiva ratkaisu epäkohtaan. (Ahola ym. 2015.) Riskun (2017) tutkimuksessa todettiin, että muutokset työssä eivät saaneet aikaan pysyviä muutoksia yksilön hyvinvoinnissa: uupumisen kokemukset palasivat, ellei ollut tapahtunut muutosta omassa asenteessa suhteessa itseensä ja työhön. Ollila (2017) toteaa tutkimuksessaan, että erityisesti 35—49-vuotiaiden ikäryhmässä työstä palautuminen oli heikompaa, jolla oli puolestaan selvä yhteys uupumuksen tuntemusten lisääntymiseen.

Psykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun kehittämisessä on tärkeää huomioida työntekijän oman asenteen muuttamisen tärkeys esimerkiksi työuupumustilanteissa. Tässä korostuu sekä työterveyshoitajan rooli mahdollisimman kattavan alkukartoituksen tekemisessä että työpsykologin osuus asiakkaan käyttäytymismallien esiintuojana ja muutosmahdollisuuksien tarjoajana.

Pitkittyessään työuupumus voi johtaa myös psyykkiseen sairastumiseen. Aholan ja Hakasen (2007) hammaslääkäreille suunnatussa pitkäaikaistutkimuksessa todettiin, että työuupumus voi johtaa masennukseen. Hieman edellistä heikompi yhteys oli masennuksen altistavasta vaikutuksesta työuupumukselle. Lisäksi tutkimuksessa todettiin, että työn kuormituksen yhteys masennukseen voi välittyä työuupumuksen kautta.

5.2 Unihäiriöt ja unettomuus

Unettomuudella tarkoitetaan kyvyttömyyttä riittävään nukkumiseen. Unettomuus voi ilmetä nukahtamisvaikeutena, katkonaisena nukkumisena tai liian aikaisin heräämisenä. Jos unen saamisen tai unessa pysymisen vaikeutta esiintyy vähintään kolmena yönä viikossa, puhutaan unettomuudesta. On arvioitu, että aikuisista joka kolmas kärsii unettomuudesta vuosittain ja joka kymmenes yhtäjaksoisesti vähintään kuukauden ajan. Unettomuus on tavallisempaa naisilla ja iäkkäillä. Unettomuus aiheuttaa päiväaikaista väsymystä ja voi altistaa masennukselle, ahdistushäiriöille ja alkoholin liikakäytölle. (Huttunen 2017.)

Lyhytaikaisen, alle kuukauden kestävän unettomuusjakson syy useimmiten on vaikea elämäntilanne, suru tai ohimenevä sairaustila. Pidempiaikaisen tai jatkuvan unettomuuden taustalta voi löytyä esimerkiksi jatkuvaa stressiä aiheuttava elämäntilanne, masennus, alkoholin käyttö tai jokin ruumiillinen sairaus. Noin joka kuudennessa tapauksessa jatkuvan unettomuuden taustalla on niin sanottu primaarinen unettomuus; lapsuusiästä asti ilmenevä rakenteellinen ominaisuus. Siihen ei liity mitään psykiatrisia häiriöitä eikä somaattista sairautta, mutta voi olla altistavana tekijänä liialliseen unilääkkeiden tai alkoholin käyttöön. (Huttunen 2017.)

Ehkäistessä unettomuushäiriöitä keskeisenä tekijänä on hyvästä terveydestä huolehtiminen. Terveyttä vaarantavat elintavat heikentävät unta. Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi hyvää unta voidaan edistää yksilöön itseensä ja ympäristöön kohdistuvilla toimilla, kuten huomioimalla työn ja levon suhde sekä säännölliset nukkumisajat, huomioimalla työaikajärjestelyt epäsäännöllisiä työaikoja noudattavilla sekä kiinnittämällä huomiota rentoutumiseen ja oman elämän tasapainoon. (Unettomuus 2018.)

Unettomuuden selvittelyssä tärkeintä on huolellisen anamneesin teko, jossa selvitetään unihäiriön kesto, asiakkaan sairaudet, lääkitys ja päihteiden käyttö. Unihäiriön selvittelyssä voidaan hyödyntää kliinisten tutkimusten tukena uni-päiväkirjaa tai esimerkiksi pohjoismaista BNSQ-unikyselyä. Unirekisteröintitutkimuksia ei tarvita tavallisen unettomuuden selvittelyssä. Hankalammissa ja pitkittyneissä unettomuuksissa hyödynnetään erikoissairaanhoidon tai unilääketieteen yksiköitä. (Unettomuus 2018.)

Unettomuuden hoidon peruslähtökohtina ovat hyvä hoitosuhde sekä seuranta. Suurin osa asiakkaista hyötyy jo parista hoito- ja seurantakäynnistä. Unettomuuden hoitoa suunniteltaessa huomioidaan omahoito, ympäristötekijät, kognitiivis - behavioraaliset menetelmät sekä muut lääkkeettömät menetelmät ja lääkehoito. Osa unettomuuden hoitoa on myös mahdollisten mielenterveydenhäiriöiden asianmukainen hoito. Lääkityksen aloittamisessa on huomioitava sen vaikutus päiväaikaiseen suorituskyykyyn sekä ajoneuvolla ajamiseen. (Unettomuus 2018.)

Haaramon (2014) tutkimus vahvistaa unettomuuden vaikutukset niin sydän- ja verisuonitautien kuin mielenterveyden häiriöidenkin synnylle ja työkyvyn heikkenemiselle. Lisäksi unettomuuden todettiin aiheuttavan haittaa niin siitä kärsivälle henkilölle ja hänen läheisilleen, mutta välillisesti myös suuria kustannuksia työnantajille ja yhteiskunnalle. Kustannuksia aiheuttaa lisääntynyt hoidontarve, lääkitykset ja ennenaikaiset eläköitymiset. Unettomuusoireiden tunnistaminen ja hoito nähtiin merkittävänä seikkoina, joihin työterveydessä tulee kiinnittää huomiota, jotta pystyttäisiin ennaltaehkäisemään unettomuuden kroonistuminen ja muiden siihen liittyvien sairauksien syntyminen.

Uneen, sen pituuteen ja laatuun, kiinnitetään huomiota esimerkiksi kaikkien terveystarkastusten yhteydessä. Huonosti nukkuminen on usein merkki jo liian pitkälle kehittyneestä stressitilanteesta ihmisen elämässä. Unettomuuden tai unihäiriöiden kartoitus ja hoito ovat ensisijaisen tärkeitä, jotta saataisiin vältettyä niin psyykkisten kuin somaattistenkin sairauksien syntyminen tai sairauksien hankaloituminen mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

5.3 Masennus

Masennustila eli depressio on taustaltaan monisyinen mielialahäiriö, johon sairastuu 10-15% ihmisistä jossain vaiheessa elämänsä varrella. Sairastumisalttiuteen vaikuttavat sekä perinnölliset tekijät että lapsuuden aikaiset ja ajankohdittaiset ristiriidat, menetykset ja pettymykset. Noin puolella masennusjaksoon ensi kertaa sairastuneista sairausjakso toistuu, osalla useitakin kertoja elämän aikana. Toistuvat masennusjaksot ja pitkittyvä masennus ovat yleinen syy ennenaikaiselle eläköitymiselle. (Huttunen 2016.)

Masennuksen keskeisenä oireena on masentunut, surullinen, ärtyinen tai tyhjä mieliala sekä alentunut kyky tuntea mielenkiintoa tai mielihyvää. Muina oireina voi esiintyä mm. unettomuutta tai väsymystä, laihtumista tai painonnousua, keskittymis- ja muistivaikeuksia ja arvottomuuden tai toivottomuuden tunnetta. Vakavammissa tilanteissa kuolemantoiveet ja itsemurha-ajatukset ovat tavallisia. Masennustila on erotettava erilaisiin pettymyksiin tai menetyksiin liittyvästä tavallisesta mielialanvaihtelusta. Depressiodiagnoosi edellyttää sitä, että mieliala on masentunut muine oireineen suurimman osan päivää yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan. (Huttunen 2016.)

Depressiopotilaat hakeutuvat työterveyshuollon vastaanotolle usein somaattisten oireiden takia. Lyhytkestoisissa potilaskontakteissa on usein vaikea tunnistaa masennusoireyhtymää etenkin, jos asiakas itse ei hahmota kärsivänsä masennuksesta. Vaikea masennustila on helpompi tunnistaa kuin lievä. Valtaosa depressiopotilaista voidaan hoitaa perusterveydenhuollossa, johon myös työterveyshuolto kuuluu. (Huttunen 2016.) Potilaan kanssa tehdään yhdessä hoitosuunnitelma tavoitteellisen hoidon onnistumiseksi (Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.1326/2010 24 § 3 mom). Potilaan elämäntilanteen tutkiminen, hoitovaihtoehtoihin liittyvä neuvonta ja ohjaus, psykososiaalinen tuki ja systemaattinen toipumisen seuranta ovat hoidossa keskeisiä. Potilas tarvitsee myös opastusta itsehoitokeinoista, joilla hän voi itse vaikuttaa mielialaansa. (Huttunen 2016.)

Masennuksen oirekuvan vaikeusaste on suorassa yhteydessä henkilön työkykyyn. Lievästä masennuksesta kärsivä henkilö kykenee työntekoon, vaikkakin se vaatii häneltä ylimääräistä ponnistelua toimintakyvyn laskun vuoksi. Keski- vaikeassa masennuksessa henkilön työ- ja toimintakyky on jo merkittävästi alentunut ja useimmiten tällöin tarvitaan jo sairauslomaa. Selkeän työkyvyttömyyden aiheuttaa vaikea tai psykoottinen masennus, joiden hoito kuuluu jo erikoissairaanhoidon piiriin. (Isometsä 2008.) Melartin (2004) on tutkinut vakavasta masennuksesta kärsiviä erikoissairaanhoidon potilaita ja heidän toipumistaan. Tutkimuksessa todettiin, että potilaat reagoivat hoitoon melko nopeasti, mutta toipuminen täysin työkykyiseksi vei keskimäärin noin kahdeksan

kuukautta. Tutkimustulos tuo entistä merkityksellisemmäksi sen, että masennukselle alttiita henkilöitä tai jo sairastuneita, pyritäisiin hoitamaan riittävän ajoissa mahdollisimman tehokkaasti. Työterveyshuollossa mielialaan liittyvät asiat tulevat usein esille sairaanhoidon vastaanotoilla, jolle asiakas on varannut ajan esimerkiksi somaattisen vaivan vuoksi, mutta tarkemmassa haastattelussa tuleekin esiin mielialaan liittyvät tekijät. Kehitettäessä psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua, on yhtenä tavoitteena tavoittaa tukea tarvitsevat asiakkaat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, joten sairaanhoitoa tekevät hoitajat ovat avainasemassa mielialaan liittyvien tekijöiden huomioidussa.

Haanpään (2013) tutkimuksessa haastatellut mielenterveyskuntoutujat toivat esiin kuntoutuksen merkityksen pidentyneen masennuksen hoidossa. Tietoa kuntoutuksesta he saivat muun muassa työterveyshuollosta tai yksityisterapeutilta. Työterveyshuollon osuus nähtiin merkittävänä työhönpaluun tukena esimerkiksi työkokeilun suunnittelussa yhdessä työnantajan kanssa.

Työpaikallani meillä on käytettävissä depressiohoitajan palvelut. Depressiohoitajan käynti edellyttää aina lääkärin lähetettä sekä diagnosoitua depressionia. Tällä hetkellä tilanne on sellainen, että lähes kaikki lievätkin masennukset ohjataan depressiohoitajalle. Kehitettäessä psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua pyritään selvittämään työterveyshoitajien ajatuksia tämän hetkistä toimintatavoistaan esimerkiksi masentuneen henkilön hoidossa ja mahdollisesti vahvistamaan työterveyshoitajien roolia esimerkiksi lievien masennusten hoitamisessa. Toimintamallin vahvistamisella pyritään takaamaan, että depressiohoitajan käynneille ohjautuvat ne henkilöt, jotka tarvitsevat strukturoidumpaa hoitoa.

6 TYÖTERVEYSHUOLLON MENETELMIÄ PSYYKKISEN TUEN ANTAMISEEN

6.1 Ohjaus ja neuvonta

Työterveyshuollon yhtenä perustehtävänä on tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO-toiminta). Sen tarkoituksena on lisätä työterveyteen- ja turvallisuuteen sekä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin liittyviä tietoja ja taitoja sekä lisätä myönteisiä asenteita ja toimintatapoja niin yksilö- kuin organisaatiotasollakin. Suunnitelmallisen ja systemaattisen TANO-toiminnan avulla voidaan vaikuttaa yhteistyön parantumiseen henkilöstön ja työterveyshuollon välillä sekä työhyvinvointia lisäävien toimintamallien käyttämiseen työpaikoilla. (Palmgren ym. 2012, 3.)

Työterveyslaitos on tutkimushankkeissaan tutkinut ja kehittänyt työterveyshuoltojen TANO-toimintaa. Hankkeiden myötä on kehitetty toimintamalli vaikuttavaan TANO-toimintaan. Yrityksissä toivotaan työterveyshuollon aktiivista yhteydenpitoa ja yhteistyötä yritykselle ja työpaikoille tärkeissä asioissa, esimerkiksi henkilöstön työkyvyn tukemisessa. Työterveyshuoltoon kaivataan toimintatapoja, jotka tuovat ryhtiä työterveyshuollon toimintaan ja auttavat keskitymään asiakkaiden työkyvyn kannalta merkityksellisempiin kysymyksiin. (Palmgren ym. 2012.)

Tutkimushankkeessa todettiin myös, että yksilöiden lisäksi työterveyshuollon on ohjattava työyhteisöjä ja organisaatioita siten, että niissä osataan *tukea työkykyä, hyödyntää sitä tukevia palveluja sekä kehittää toimintaprosesseja työkykyä ja terveyttä tukeviksi*. Jotta TANO-toiminnalla saavutettaisiin sille asetetut tavoitteet, tulee se tehdä yhtä systemaattisesti ja suunnitelmallisesti kuin työterveyshuollon muukin toiminta. (Palmgren ym. 2012.)

Työpaikallani on kehitetty monia toimivia palveluprosessikuvauksia erilaisiin ohjaus- ja neuvonta- tilanteisiin. Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkuprosessia ei varsinaisesti ole tehty, lähinnä kuvaus on tehty yksittäisten asiantuntijoiden työstä (työpsykologi, depressiohoitaja). Pal-

veluprosessin kuvaus tuo selkeyttä psyykkisesti kuormittuneen työterveys-
huoltoasiakkaan hoidon etenemisestä meillä työterveyden sisällä, ohjauksesta
erikoissairaanhoidon sekä myös yhteistyöstä työpaikkojen kanssa.

6.2 Ratkaisukeskeinen toimintatapa

Ratkaisukeskeinen toimintatapa on kehittynyt ongelmanratkaisuun keskitty-
neestä lyhytterapiasta. Toimintatavaltaan ratkaisukeskeinen asiakastyö on jo
toimivien asioiden sekä olemassa olevan motivaation etsimistä ja tukemista,
keskittymistä siihen, mitä asiakas jo tekee oikein. Terapeutti/hoitaja voi selvi-
tellä, missä asioissa ohjattava on onnistunut, miten tulokset ovat havaittavissa
ja millä keinoin tuloksiin on päästy sekä onko mahdollista lisätä onnistumisen
kokemuksia. (Riikonen 2000.)

Ratkaisukeskeisyydessä painopisteenä on tulevaisuussuuntautuneisuus.
Työskentelymalli perustuu asiakaskeskeisyyteen sekä positiiviseen ajatteluun.
Työskentelyssä keskitytään tavoitteisiin ja ratkaisuihin, suunnataan toimintaa
ja ajattelua tulevaisuuteen sekä luotetaan asiakkaan voimavaroihin, kykyyn ja
luovuuteen löytää omat ratkaisut ongelmiinsa, asiakkaan rooli nähdään aktiivi-
senä toimijana. (Lairio ym. 2001.) Työskentelyn aluksi selvitetään, millaisten
tavoitteiden saavuttamiseksi asiakas on valmis työskentelemään (Riikonen
2000). Asiakkaalle tehtävät kysymykset pysyttelevät konkreettisella tasolla,
työskentelyssä voidaan hyödyntää myös ihmekysymyksiä ja erilaisia asteikolli-
sia ja selviytymistä kuvaavia kysymyksiä. Pienetkin käyttäytymisen tai tulkinta-
kehysten muutokset voivat johtaa suurempiin muutoksiin. (Lairio ym. 2001.)

Motivoiva haastattelu, joka on William R. Millerin ja Stephen Rollnickin kehit-
tämä työmenetelmä, myötäilee hyvin paljon ratkaisukeskeisyyden periaatteita.
Motivoivalla haastattelulla vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muu-
tokseen. Perusajatuksena on, että muutos lähtee ihmisen havaitsemasta risti-
riidasta nykyisen ja toivotun olotilan välillä. Tätä asiakkaan sisäistä motiva-
atiota voidaan vahvistaa auttamalla häntä tutkimaan ja ratkaisemaan muutosta
kohtaan tuntemaa ristiriitaa samalla kun herätellään hänen muutospuhettaan.
Haastattelussa on tärkeää asiakkaan näkemyksen ja arvojen kunnioittaminen.

Häntä kannustetaan ottamaan vastuuta, tuetaan uskoa itseensä ja muutoskykyyn. Samalla kunnioitetaan hänen oikeutta valita itse muutostavoitteensa. (Järvinen 2014.)

Ratkaisukeskeinen toimintatapa on toimiva menetelmä tilanteissa, joissa asiakkaan ongelmiin tai selvitettäviin asioihin päästään riittävän aikaisessa vaiheessa mukaan. Jos esimerkiksi asiakkaalla on jo ilmennyt terveydellisiä ongelmia, esimerkiksi depression syntyminen, vaati tilanne tuolloin syvällisempää tarkastelua ja auttamista. Mutta työterveyshuollon ennaltaehkäisevässä ohjaus- ja neuvontatyössä ratkaisukeskeisyydellä voidaan saavuttaa hyvinkin toimivia muutoksia kohtuullisen nopeasti ja kustannustehokkaasti.

6.3 Toimintamalli työuupumuksen hoitoon

Työterveyshuolloille ja työpaikoille suunnatuilla, tieteelliseen tutkimukseen perustuvilla suosituksilla voidaan estää työuupumustapausten pitkittyminen sekä vähentää työuupumukseen liittyvää työkyvyttömyyttä. Ahola ym. (2016) toivat systemaattisen katsauksen raportissa esiin toimintaehdotuksia, joilla työuupuneen toipumista ja työhön paluuta voi edistää asiakkaan, työterveyshuollon ja työnantajan näkökulmasta.

Työntekijän näkökulmasta on tärkeää, että häntä kuunnellaan ja ymmärretään, kun hän tuo jaksamiseensa liittyviä asioita esiin. Tärkeäksi asiaksi todettiin myös se, että työntekijä ottaa vastuun omasta elämästään ja hyvinvoinnistaan. Keskustelussa työntekijän kanssa hahmotetaan kokonaisvaltaista ymmärrystä siitä, mitkä tekijät ovat johtaneet työntekijän uupumiseen. Työntekijää tuetaan havainnoimaan ja arvioimaan omia kokemuksiaan sekä tuntemuksiaan. Pyritään lisäämään itsensä tuntemista ja muuttamaan mahdollisesti omia ajatuksia suorittamiseen liittyen: itselle asetettavien vaatimusten kohtuullistaminen, oman rajallisuuden hyväksyminen, itsesyyttelyn lopettaminen. Huomiota kiinnitetään elämän eri osa-alueiden tasapainoon saattamiseen ja omasta hyvinvoinnista säännöllisesti huolehtimiseen. (Ahola ym. 2016.)

Työterveyshuollossa on ymmärrettävä, että jokainen työntekijän kohtaaminen voi olla toipumisen alku, työntekijää on tärkeä kuunnella avoimin mielin. Työn-

tekijälle on tultava tunne, että häntä oikeasti kuullaan ja ymmärretään. Työntekijän terveydentila ja elämäntilanne on selvitettävä, väsymykseen voi olla monta selittävää syytä. Perimmäisen uupumisen syytekijän selvittäminen ja muokkaaminen auttavat uupunutta työntekijää yleensä parhaiten pidemmällä tähtäimellä. Psykoedukaatio, eli tiedon jakaminen siitä, mitä uupumus on, miten se kehittyy, kuinka yleistä se on ja miten siitä toivutaan, on tärkeää. Yksilöllä tukevat toimet ja mahdollinen sairausloma eivät yksinään riitä työuupumuksesta toipumiseen. Tärkeää on keskustella myös esimiehen kanssa työhön ja työskentelyolosuhteisiin liittyvistä tekijöistä, joita muokkaamalla voidaan tukea työntekijän työhön paluuta ja työssä suoriutumista. Työterveyshuolto on tarvittaessa mukana työhön paluun suunnittelussa, usein järjestetään työterveysneuvottelu, jossa asioista sovitaan yhteisymmärryksessä työntekijän, työnantajan ja työterveyshuollon kesken. Työuupuneen työntekijän tilannetta on hyvä seurata työterveyshuollossa jonkin aikaa työhön paluun jälkeen. (Ahola ym. 2016.)

Työpaikan näkökulmasta esimiehellä on keskeinen rooli työhyvinvoinnin seuraajana ja edistäjänä. Jokainen työntekijän ilmaisema tai esimiehen kokema huoli työntekijän jaksamisesta tai kuormittumisesta on otettava vakavasti. Työturvallisuuslaki velvoittaa esimiestä työnantajan edustajana huolehtimaan siitä, että työ ei aiheuta vaaraa työntekijän terveydelle (Työturvallisuuslaki 23.8.2002 25 §). Asiaa pitää käsitellä avoimin mielin, työntekijää syyllistämättä. Mahdollisimman varhainen puuttuminen ongelmiin on kannattavaa, sillä pitkään jatkuneita ongelmatilanteita on vaikea korjata ja niistä aiheutuu yleensä kuluja poissaoloina ja varhaisina eläkkeinä. Vakavassa työuupumustilanteessa työntekijän sairausloman ja yksilöllisten tukitoimien lisäksi tarvitaan muutoksia niihin tekijöihin, jotka työssä ovat vaikuttaneet uupumisprosessiin. Työn muokkauksesta on apua työkyvyn säilymiseen, vaikka työ ei olisikaan ollut ongelman varsinainen ydin. Esimies saa tukea omaan työhönsä ja usein haasteellisten tilanteiden käsittelyyn mm. työterveyshuollosta, työsuojeluorganisaatiosta sekä henkilöstöhallinnosta. Pienemmissä yrityksissä voi hyödyntää asiantuntijalaitoksia, kollegoja ja yrittäjäjärjestöjä. (Ahola ym. 2016.)

Työuupumuksen hoito on yhteistyötä niin yksilö- kuin työpaikka tasollakin. Kehitettäessä psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua

työuupumuksen hoitamiseksi, on tarkoitus selventää tehtävänkuvia niin työterveyshoitajan vastaanotolla kuin myös kriteereitä, joiden perusteella asiakas ohjautuu esimerkiksi työpsykologille. Tavoitteena on myös koota lyhyt koulutusmateriaali työuupumuksen ennaltaehkäisyyn ja hoitoon, jossa huomioidaan kaikkien osapuolien (työntekijä, työpaikka, työterveyshuolto) osuus asiassa.

6.4 Toimintamalli masennuksen hoitoon työterveyshuollossa

Masennuksen ehkäisyä ja hoitoa varten on kehitetty toimintamalleja työterveyshuoltoa varten. Malleissa keskeisiä tekijöitä ovat moniammatillinen yhteistyö ja selkeä vastuunjako työterveyshuollon toimijoiden kesken (työterveyslääkäri, -hoitaja ja psykologi), oikea-aikainen psykiatrin konsultaatioapu sekä suunnitelmallinen ja tavoitteellinen yhteistyö työpaikan ja työterveyshuollon välillä depressiopotilaan työssä jatkamisen ja työhön paluun tukemiseksi. (Depressio 2016.) Masentuneen asiakkaan hoitopolku toimii yrityksessämme jo pääpiirteissään hyvin. Jatkossa saamme toimintaa tukemaan myös psykiatrin palvelut, joten tältä osin toiminta vastaa Käypä hoito -suositusta. Psykisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua kehitettäessä pyritään vahvistamaan myös työterveyshoitajien osaamista masentuneiden asiakkaiden kohtaamisessa.

Työterveyslääkärin, depressiohoitajan ja psykiatrin suunnitelmallinen yhteistoiminta – depressionhoidon kolmiomalli – parantaa hoidon tuloksia työterveyshuollossa. Kolmiomallissa depressiohoitaja koordinoi hoitoa, tukee ja opastaa potilasta sekä seuraa toipumista. Työterveyslääkäri vastaa hoidosta ja tekee hoitopäätökset, konsultoitava psykiatri ohjaa säännöllisesti depressiohoitajaa ja konsultoi työterveyslääkäreitä. Kolmiomallin kustannusvaikuttavuuden on todettu olevan tehokas muun muassa Yhdysvalloista saadun tutkimustiedon perusteella. (Depressio 2016.)

Depression hoidon lääketieteelliset periaatteet ovat työterveyshuollossa samanlaiset kuin perusterveydenhuollossa. Työterveyshuollossa toteutettavan sairaanhoidon sisältöön vaikuttaa kuitenkin työpaikan ja työterveyshuollon välisen työterveyshuoltosopimuksen sisältö. Mahdollisuus työterveyspsykologin

tai psykiatrian erikoislääkärin konsultaatioihin riippuu myös työterveyshuolto-sopimuksesta, näitä tukimuotoja on usein rajattu 1—3 käyntikertaan. (Depressio 2016.)

Raiskila (2016) selvitti väitöstutkimuksessaan kuntoutuksen vaikutusta ensimmäistä kertaa masennusdiagnoosin saaneiden toipumiseen. Tutkimuksessa todettiin, että on tärkeää arvioida mahdollinen samanaikainen persoonallisuushäiriön olemassaolo masentuneen kohdalla hoidon onnistumisen kannalta. Tutkimuksessa saatiin jossain määrin näyttöä varhaisen, moniammatillisen kuntoutuksen vaikutuksesta masennuksesta toipumiseen. Tätä tutkimustietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä työterveyshuollon työkaluja masentuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitovaihtoehtoiksi.

7 PALVELUMUOTOILU

7.1 Palvelumuotoilu työterveyshuollon toiminnan kehittämisen välineenä

Kehittämistoiminnan merkitys on korostunut yritysten, organisaatioiden sekä yhteiskunnan vaikuttamisen välineenä. Kehittämistoiminnan katsotaan kuuluvan jokaisen työntekijän arkeen. (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 17—20; Ojasalo ym. 2014, 11.) Kehitettäessä toimintaa järjestelmällisesti, tulisi sen perustua tutkimukselliseen näkökulmaan, jotta pystyttäisiin takaamaan kehittämistoiminnan eteneminen järjestelmällisesti, analyttisesti sekä kriittisesti arvioiden. Lähtökohtana tutkimukselliselle kehittämistyölle voi olla esimerkiksi organisaation tarve kehittää käytännön toimintaa tai palveluja. Tällöin kehittämistyön tarkoituksena on innovoida, löytää uusia vaihtoehtoja ja toimintatapoja sekä viedä niitä konkreettisesti eteenpäin käytännön työssä. Tutkimukselliseen kehittämistyöhön linkittyy voimakkaasti myös tavoitteellisuus sekä uuden tiedon tuottaminen. (Ojasalo ym. 2014, 18—19.)

Työterveyshuollon toimintatapoja on tutkittu monien tutkijoiden toimesta. Työelämäryhmän (2010) loppuraportissa tuotiin esiin useita ehdotuksia työterveyshuollon toiminnan tehostamiseksi. Keskeinen ehdotus oli selvillä olemisen periaate henkilöstön tilasta (työtyytyväisyys, osaaminen, terveydentila ja työ-

kyky) sekä näihin liittyvistä riskeistä, työn kuormitustekijöistä sekä myös työkyvyttömyyskustannuksista. Työterveyshuollon tulisi tunnistaa työntekijät, jotka ovat osatyökykyisiä tai vaarassa tulla osatyökykyisiksi tai kärsivät kroonisista sairauksista. Näistä pitäisi pystyä myös raportoimaan yritykselle ilman että tietosuoja vaarantuu. Työikäisten työkykyongelmista on arvioitu noin 30 % johtuvan työstä ja 70 % elintavoista ja niistä johtuvista sairauksista. Jotta työkykyongelmiin pystyttäisiin tehokkaammin puuttumaan, on ehdotettu terveystarkastusten laajentamista terveydenedistämisen ohjelmiksi.

Erilaisten kehittämisprojektien tavoitteet ja niiden saavuttaminen voidaan jakaa ensimmäisen ja toisen asteen tuloksiin. Ensimmäisen asteen tulokset ovat kohtuullisen helposti saavutettavissa; muun muassa parannukset tuottavuuteen tai palveluihin sekä tuotteiden ja toiminnan laatuun. Toisen asteen tavoitteiden toteutumisella voidaan arvioida ja mitata kehittämisprojektin todellista onnistumista. Toisen asteen tavoitteiden toteutuminen tuo hyötyä myös yrityksen sidosryhmille sekä muille työorganisaatioille. Käytännössä nämä näkyvät mm. tiedon jalostumisena osaamiseksi tai laajemmin sovellettavissa olevina käytänteinä ja menetelminä laajemmalle organisaatiolle. (Alasoini 2005, 42.)

Asiantuntijan rooli määrittelee kehittämisprojektit suunnittelu- ja prosessorientoituneisiin malleihin. Suunnitteluorientoitunutta lähestymistapaa voidaan pitää perinteisenä ja yleisempänä tapana; asiantuntijan tehtävänä on selvittää organisaation tulevaisuuden visioita ja mahdollisuuksia kehittyä. Prosessorientoituneessa mallissa asiantuntijan rooli on olla tukemassa organisaatiota toimintoihin liittyvissä kehittämisprosesseissa. (Alasoini 2005, 39—41.)

Palvelumuotoilu on monitieteinen lähestymistapa, joka perustuu perinteisiin asiakaskyselyihin ja -palautteisiin sekä niiden hyödyntämiseen palveluja kehitettäessä. Tärkeänä osana palvelumuotoilua nähdään todellisten käyttäjäkokemusten hyödyntäminen palvelun suunnittelussa. Palveluiden innovointia ja kehittämistä lähestytään siis sekä analyyttisesti että intuitiivisesti. Analyyttinen lähestymistapa tarkoittaa loogiseen päättelyketjuun, olemassa oleviin tosiasioihin ja kerättyihin tietoihin liittyvää tietoa. Intuitiivisella lähestymistavalla tarkoitetaan puolestaan taitoa, kykyä ja kokemusta nähdä tulevaisuuden mahdollisuuksia. (Tuulaniemi 2011, 10—11.)

Tässä kehittämistehtävässä on tarkoituksena kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua hyödyntäen jo olemassa olevia menetelmiä sekä kehittämällä uusia toimintatapoja niiden rinnalle. Työssä hyödynnetään työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja -asiantuntijoiden käsitelmiä nykyisestä tilanteesta sekä ajatuksia siitä, miten toimintaa tulisi kehittää asiakaskohtaamisista saatujen kokemusten perusteella. Tavoitteena on sekä parantaa palvelua työterveyshuoltoasiakkaan näkökulmasta että saada käyttöön tietoa psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan kohtaamisen helpottamiseksi.

7.2 Palvelumuotoilu työterveyshuollon liiketoimintaa kehittämässä

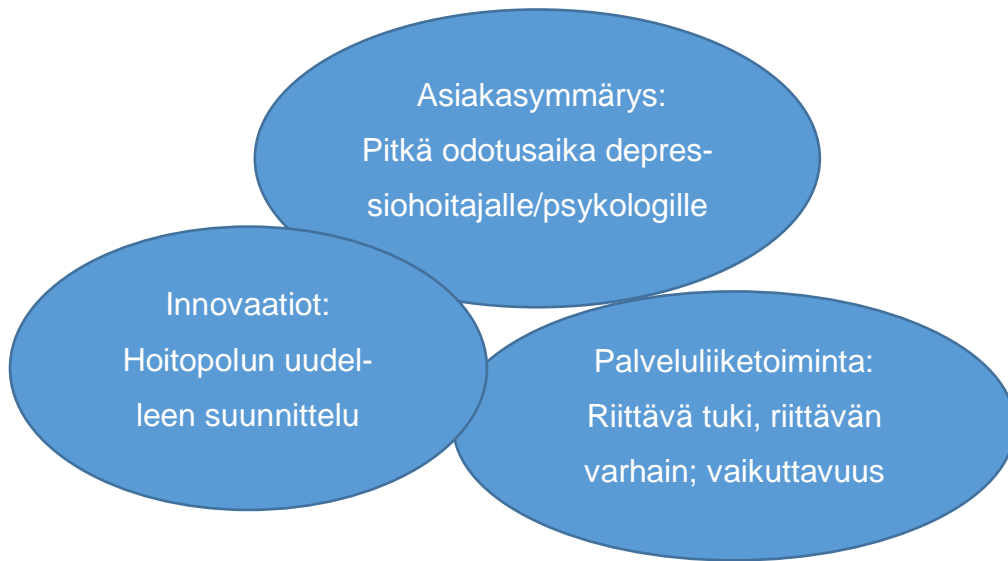
Suomalaisista työssäkäyvistä yli 70 % työskentelee palvelualoilla, samoin Suomen yrityksistä noin 70 % on palveluyrityksiä. Kulttuuriset ja sosiaaliset muutokset ovat vaikuttaneet palvelujen osuuden lisääntymiseen ja tulevaisuudessa suunta on samanlainen. Palveluiden merkitys myös kasvaa, koska ihmiset haluavat yhä enemmän erilaisia elämäänsä helpottavia ratkaisuja palveluiden muodossa. Elämykset, ainutlaatuiset kokemukset sekä elämänlaatu tulevat tulevaisuudessa merkitsemään ihmiselle enemmän kuin tavaroiden hankkiminen. (Tuulaniemi 2011, 21—22.)

Työterveyshuollon palvelujärjestelmän muutoksen myötä myös työterveyshuoltopalvelut ovat muuttuneet tärkeäksi liiketoiminnaksi. Työterveyshuoltojen palvelujen laadukkuus ja toimivuus ovat tärkeitä kilpailuelementtejä, etenkin kun yritykset voivat jopa kolmen vuoden välein kilpailuttaa työterveyshuoltosopimuksensa. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö edellyttää, että tuotettavat palvelut ovat laadukkaita, johtavat tarvittaviin ratkaisuihin ja täyttävät eettisen toiminnan kriteerit (hyvän tekeminen, haitan välttäminen, itsemääräämisoikeus sekä oikeudenmukaisuus). (Manninen ym. 2007, 34—36.) Tasalaatuiset työterveyspalvelut ovat nykyaikaisen asiantuntijapalvelun ja tasapuolisuuden näkökulmasta olennainen uskottavuustekijä työterveyshuollolle. Yritysten on voitava luottaa siihen, että he saavat tilaamansa vaikuttavat työterveyshuoltopalvelut työterveyshuoltolain ja asetusten mukaisesti. Laatua tarkastellaan asiakkaan ja työpaikan näkökulmasta ja se kohdistuu palveluiden järjestämiseen, määrään, sisältöön ja saavutettavuuteen. (Uitti 2014, 119—120.)

Palvelumuotoilu on konkreettista toimintaa, jossa yhdistetään sekä palvelun käyttäjän tarpeet ja odotukset että palveluntuottajan liiketoiminnalliset tavoitteet toimivaksi palveluksi. Hyvän palvelun on tarkoitus saada mahdollisimman tyytyväisiä asiakkaita, jolla taataan parempi asiakasuskollisuus. (Tuulaniemi 2011, 24—29.) Palvelumuotoilun avulla organisaatio voi saada yritykselleen kilpailuetua, löytää uusia mahdollisuuksia liiketoimintaansa tai saada kokonaan uuden aseman markkinoilla. Syvällinen ymmärrys siitä, kuinka työterveyshuolto voi esimerkiksi ennaltaehkäistä tai tukea asiakkaan työkyvyssä tapahtuvaa heikkenemistä sekä oivallus siitä mitkä asiat koetaan arvokkaiksi niin työntekijöiden kuin asiakkaankin näkökulmasta, luovat tärkeän pohjan yrityksen aseman ja kilpailuedun löytymiselle. Palvelumuotoilun tuominen yrityksen arkipäivään kaikille organisaatiotasolle kehittää koko organisaation kultuuria ja ajattelutapaa asiakaslähtöisemmäksi. (Ojasalo ym. 2014, 73.)

Palvelumaailmassa yrityksen perustehtäviä ovat arvon luominen sekä vuorovaikutustilanteet. Palveluntarjoaja voi tarjota palvelun käyttäjälle mahdollisuuden tuotekehitykseen hyödyntämällä palvelumuotoilun keinoja, tällöin palvelun arvon luominen tapahtuu yhdessä asiakkaan kanssa. Palvelun käyttäjän aikaisemmat kokemukset ja odotukset määrittävät palvelun arvon. Palveluiden kohdalla arvo ei useinkaan määrity rahallisen hinnan perusteella, vaan usein määrittävänä tekijänä toimii asiakkaan henkilökohtainen kokemus saamastaan palvelusta. Yrityksen näkökulmasta arvon määrittävänä tekijänä toimii käytettyjen palvelujen määrä. (Miettinen 2011, 22—23; Tuulaniemi 2011, 30—33.)

Asiakaslähtöinen palveluliiketoiminnan kehittäminen edellyttää ensisijaisesti asiakasymmärrystä, mutta vaatii myös kykyä kehittää liiketoimintaa tämän ymmärryksen perusteella (kuva 1). Palveluliiketoimintaa kehittävien yritysten menestyksen takana on kyky luoda osaamisesta ja uusista ideoista kasvun ja kannattavan liiketoiminnan perusta. (Arantola & Simonen 2009, 11.)



Kuva 1. Työterveyshuollon vaikuttavuutta lisää, kun pystytään uusilla toimintamalleilla tarjoamaan parannusta psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkuun (muokailtu Arantola & Simonen 2009, 11).

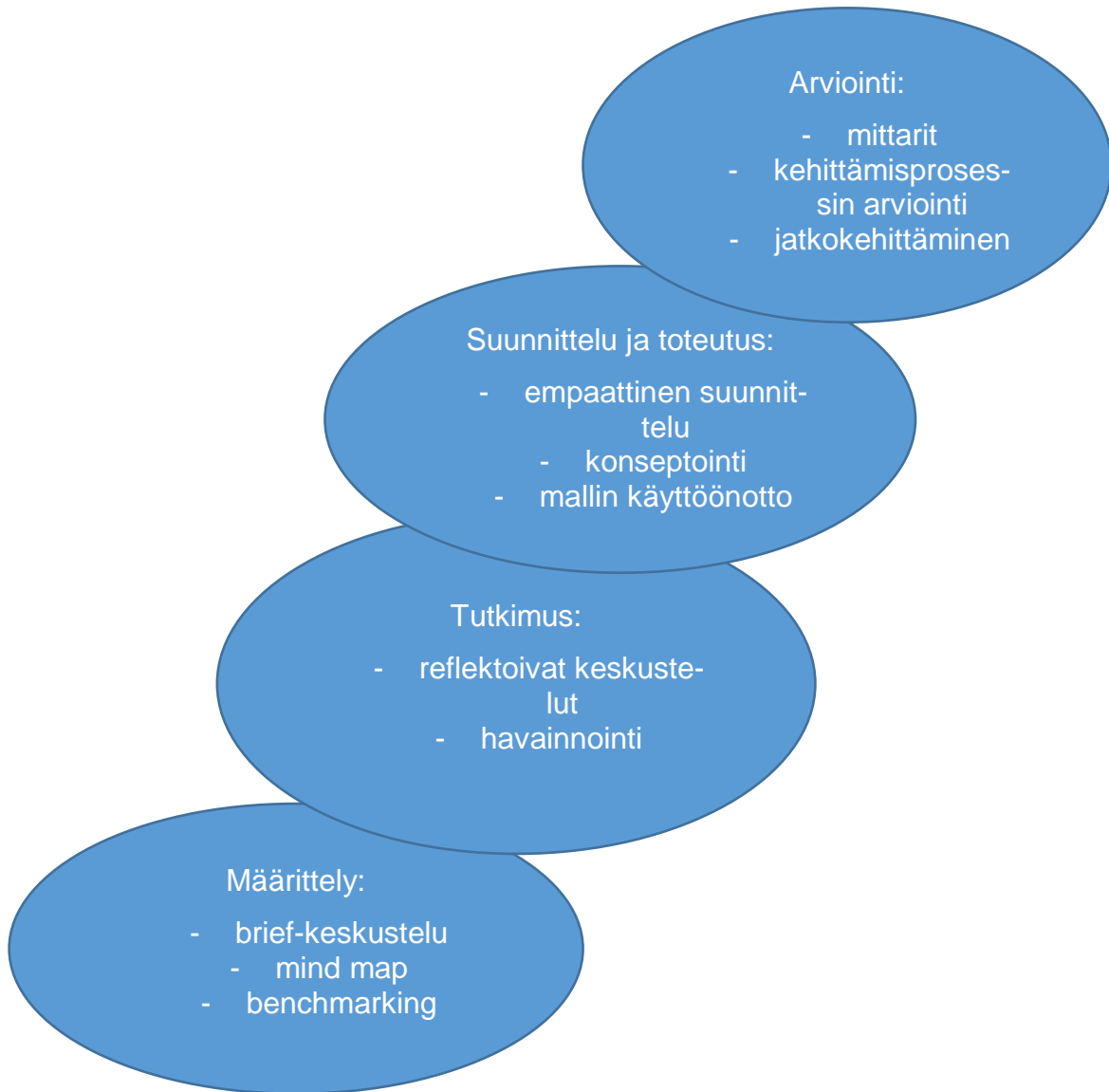
Palveluja suunniteltaessa asiakas ja palvelun suunnittelija toimivat vuorovaikutuksessa. Vuorovaikutteisen tiedon jakamisen lisäksi tarvitaan mm. toimintaympäristön, historian ja kulttuurillisten asioiden ymmärtämistä. Palvelumuotoilun tärkeänä ominaisuutena ja onnistumisen edellytyksenä pidetään yhteissuunnittelusta nauttimista. (Miettinen 2011, 22-23.)

Kun kehitetään palveluita asiakaslähtöisesti, asiakas ja palvelujen käyttäjä ovat kehittämisen perusta. Palveluntuottajan näkökulmasta tämä merkitsee asiakasymmärryksen syventämistä sekä asiakkaan nykytilan ja tarpeidenkarvoittamista yhteisissä työpajoissa. Toiminnan havainnointi ja osallistuminen toimintaan luovat näkemyksen todellisesta palvelutarpeesta sekä sen optimaalisesta käytöstä ympäristö huomioiden. Pyrkimyksenä on aikaansaada innovatiivisia ja uusia toimintamalliehdotuksia, joista yhdessä valitaan parhaat ratkaisut. Käytännössä suunnittelu ja toteutus tehdään yhdessä asiakkaan kanssa. Tärkeää on asettaa mittarit, joilla palvelun parannus pystytään todentamaan ja ottaa sovittu palvelu tai toiminta käyttöön. (Honkavaara & Kleemola 2015, 3-4.) Kehittämispöytäalustuksissa mietittiin kuvassa 1 mainittuja työterveyshuollon vaikuttavuutta lisääviä tekijöitä, joiden perusteella lähdettiin määrittelemään hoitopolun sisältöä yhteisissä kehittämisspöytäalustuksissa sekä hankkimalla tietoa toimivista toimintamalleista toiselta työterveyshuoltoyksiköltä.

Konkreettisen hoitopolun kehittämisen lisäksi tämän kehittämistehtävän tavoitteena on myös parantaa työterveyshuoltotoiminnan vaikuttavuutta ja kustannustehokkuutta. Vaikuttavuutta voidaan arvioida esimerkiksi vastaanottoaikojen saatavuuden parantumisena ja mielenterveysperusteisten sairauslomien vähentymisenä. Kustannustehokkuuden mittarina voidaan pitää myös edellä mainittujen sairauslomien vähenemistä asiakasyrityksen näkökulmasta sekä työterveysasiakkaiden ohjautumista oikeille henkilöille heidän hakiessaan apua psyykkisiin ongelmiin. Suurin kustannussäästö saavutetaan, jos kehittämistehtävästä saadun tiedon perusteella pystytään toimimaan jo ennaltaehkäisevästi esimerkiksi työhöntulotarkastuksissa tai työpaikkakäyntien yhteydessä annetun ohjauksen ja neuvonnan avulla.

7.3 Palvelumuotoilun vaiheet uuden toimintamallin luomisessa

Palvelumuotoilu kehittämismenetelmänä antaa suunnittelijalle selkeän prosessin, helppokäyttöisiä menetelmävaihtoehtoja ja työkaluja uuden toimintamallin luomiseen. Palvelumuotoiluprosessin etenemiseksi on kehitetty erilaisia käytännön toteutusmalleja. Kaikista malleista löytyy yhtenäisiä piirteitä, sillä yleisesti prosesseissa hyödynnetään luovim menetelmin saatua tietoa. Tiedonhankintaa tehostaa yhdessä tehty ideointi ja avoimuus. Syntyneiden ideoiden pohjalta luodaan erilaisia palvelumalleja, niitä testataan ja analysoidaan. Palvelumallien kehittämistä jatketaan saadun kokemuksen perusteella, palvelumuotoilun prosessissa edetään vaiheilta toiselle useaan kertaan, jotta saadaan käyttöön toimivin palveluvaihtoehto. (Ojasalo ym. 2014, 71-74; Miettinen 2011, 32-34.) Tuulaniemi (2011) nimeää palvelumuotoilun yleisiksi prosesseiksi määrittely-, tutkimus-, suunnittelu-, palvelutuotanto- ja arviointiosan. Palvelumuotoiluprosessi voi sisältää kaikki osat tai sitä voidaan käyttää soveltuviin osiin riippuen prosessin laajuudesta ja toteutuksesta sekä käytettävissä olevista taloudellisista ja ajallisista resursseista. Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään Tuulaniemen (2011) palvelumuotoilun prosessimallia soveltuvin osin (kuva 2.)



Kuva 2. Malli hoitopolun tutkimus- ja kehittämisprosessin etenemiseksi (mukaillen Tuulaniemi 2011).

Kehittämisprosessi alkaa määrittelemällä asiakasyrityksen toiveet hoitopolun kehittämisen suhteen sekä halutun lopputuloksen selkiyttämiseksi. Yhteistyö korostuu etenkin määrittely-, toteutus- ja arviointivaiheissa. Tutkimus- ja suunnitteluvaiheet ovat kehittämistehtävän tekijän itsenäistä työtä.

8 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

8.1 Palvelumuotoilu opinnäytetyön lähestymistapana

Opinnäytetyön tutkimukselliseksi lähestymistavaksi valikoitui palvelumuotoilu. Palvelumuotoilu oli minulle täysin uusi lähestymistapa, johon tutustuin lukiesani erilaisia kehittämis- ja tutkimustöitä omaan aihepiiriini liittyen. Tarkemmin perehdyin palvelumuotoiluun käsitteenä ja prosessina mm. Miettisen Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen (2011) sekä Tuulaniemen Palvelumuotoilu (2011) teosten pohjalta. Koska opinnäytetyöni tarkoituksena on kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua työterveydessä, koin, että palvelumuotoilu sopii tutkimukselliseksi lähestymistavaksi erinomaisesti, sillä palvelumuotoilun avulla voidaan luoda uusia palveluita tai kehittää jo olemassa olevia palveluita. Tässä opinnäytetyössä käytetään luvussa 7.3 kuvattua yleistä palvelumuotoiluprosessia. Opinnäytetyössä kehitettävän palvelun kohderyhmänä/käyttäjänä käsitetään työterveyshuollon ammattihenkilöt sekä asiantuntijat ja asiakkaana käsitetään psyykkisesti kuormittunut työterveyshuollon asiakas.

8.2 Määrittelyvaihe

Tuulaniemen mukaan palvelumuotoilun määrittelyvaiheessa määritetään kehittämisprosessin tavoitteet kohderyhmän näkökulmasta ja luodaan ymmärrys asiakasorganisaatiosta tarpeineen. Palveluntuottajan näkökulmasta tämä merkitsee asiakasymmärryksen syventämistä sekä asiakkaan nykytilan ja tarpeiden kartoittamista esimerkiksi yhteisissä työpajoissa. (Tuulaniemi 2011, 130).

Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun suunnittelu alkoi 20.3.2018 pidetyssä Brief-palaverissa, jossa hahmoteltiin kehittämistyötä sekä käytiin läpi nykyistä toimintamallia, jolla psyykkisesti kuormittuneita asiakkaita työterveydessä hoidetaan. Palaveriin osallistui työterveyslääkäri ja depressiohoitaja, palvelupäällikön kanssa keskustelu käytiin erillisenä ajan kohtana. Palaverissa sovittiin varsinainen työn määrittelyn aloittava Innopaja pidettäväksi heti opinnäytetyön suunnitelmaseminaarin jälkeen. Brief-palaverin kooste on liitteessä 1.

Määrittelyvaiheen ensimmäinen palaveri toteutettiin Innopaja-tyyppisesti 25.4.2018 ja prosessin määrittelyn tukena hyödynnettiin Tavoitekartoitus-menetelmää. Innopaja on työskentelytapa, jossa kehitettävän asiaan liittyviä kysymyksiä ja haasteita työstetään moninäkökulmaisesti. Innopaja-työskentelyssä keskeistä on eri näkökulmien yhteensovittaminen, kehittämistarpeiden tunnistaminen ja niiden esiin tuominen, kuuleminen, avoin yhteiskehittäminen ja moniäänisyys. (Innokylä 2018). Innopajan järjestäminen edellyttää innopaja-työskentelyn (kuva 3) periaatteiden tunnistamista. Toteuttaminen edellyttää innopajan järjestäjältä valmistelua. Ennen sisällön suunnittelua määritellään innopajan tarve ja tavoite, valitaan kohderyhmä eli se, keiden tulisi olla mukana innopajassa. Jokainen Innopaja suunnitellaan tapauskohtaisesti. Innopajassa tärkeää on se, että työskentelyllä on selkeä yhteinen kohde ja käytettävä työskentelytapa mahdollistaa kaikkien osallistujien tasavertaisen osallistumisen ja avoimen keskustelun. (Innokylä 2018).

INNOPAJAN PERIAATTEET

- innopajassa työskentelyllä on yhteinen kohde – Hoitopolun kehittäminen
- osallistujina keskeiset toimijat – edustajat tth ammattihenkilöistä ja asiantuntijoista
- eri näkökulmat ja tahot ovat samanarvoisia

Kuva 3. Innopajan periaatteet (soveltaen Peränen 2013).

Innopaja voidaan rakentaa erilaisista työskentelytavoista ja menetelmistä. Innopajan järjestäjän tulee huolehtia innopajan järjestämisestä ja siihen liittyvien resurssien hankkimisesta (Innokylä 2018).

Uuden palvelun tai jo olemassa olevan palvelun aineettomat osat saadaan näkyviksi visualisoinnilla ja hahmottamalla erilaisia asiakaslähtöisiä menetelmiä ja työkaluja käyttäen. (Tuulaniemi 2011). Tutustuin erilaisiin palvelumuotoilun menetelmiin ja työkaluihin ja määrittelyvaiheen innovointiin mielestäni sopi hyvin Tavoitekartoitus-menetelmä, koska sen avulla pystytään hahmottamaan toivottu lopputulos sekä siihen vaadittavat toimenpiteen selkeästi. Tavoitekartoitus-menetelmän avulla mietitään käyttäjän kannalta toiveiden mukainen lopputulos, millaisia konkreettisia vaikutuksia palvelulta vaaditaan, jotta toiveiden mukaiseen lopputulokseen päästään sekä millaisiin päämääriin pääsemistä

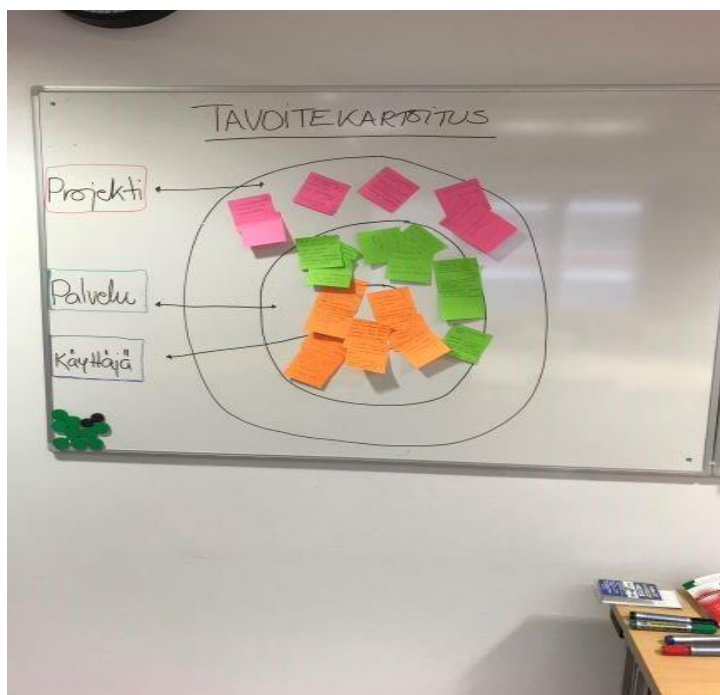
projektilta edellytetään, jotta palvelulta vaaditut vaikutukset saadaan aikaan. Tavoitekartoitus-malli on esitetty liitteessä 2.

Tässä kehittämistehtävässä innopajan tavoitteena oli määritellä kehitettävän palvelun toivottu tavoite kunkin palvelunkäyttäjän näkökulmasta sekä miettiä, millä keinoilla toivottuun tavoitteeseen päästään ja mitä tavoitteeseen pääseminen edellyttää kehittämisprojektilta. Innopajaan oli kutsuttu edustajat kaikista työterveyshuollon ammattiryhmistä, jotka tekevät hoitotyötä (työterveyslääkäri ja -hoitaja, työterveyspsykologi ja depressiohoitaja), sekä yksikön palvelupäällikkö. Paikaksi olin varannut työpaikkamme kokoushuoneen, jossa oli riittävästi tilaa toimia. Innopajaan olin varannut eriväriset postit laput sekä kynät Tavoitekartoitus-työkalussa käytettäviksi (kuva 4).



Kuva 4. Innopajatyöskentelyä

Paikalle innopajaan pääsivät kaikki muut kutsutut paitsi työterveyslääkäri. Hänen kanssaan Tavoitekartoitus käytiin läpi erillisenä ajankohtana. Pajatyöskentelyn aluksi kävin läpi Brief-palaverissa keskustellut asiat, jonka jälkeen kerroin vielä osallistujille opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen. Sen jälkeen kerroin Tavoitekartoituksesta työmenetelmänä ja innopajan aikataulusta. Tavoitekartoituksen ympyrät käytiin yksitellen läpi siten, että pohjustin käsiteltävää asiaa ensin, jonka jälkeen osallistujat kirjasivat lappuihin omat ajatuksensa, jotka liittyivät kyseiseen kohtaan. Tämän jälkeen vastauksista keskusteltiin yhdessä ja postit laput koottiin seinällä olevalle Tavoitekartoitus-ympyrälle. (ks. kuva 5).



Kuva 5. Tavoitekartoituksen kooste

Innopajatyöskentely koettiin mielekkäänä ja selkeänä tapana kehittää jo olemassa olevaa toimintaa. Pajatyöskentely sujui hyvässä yhteisymmärryksessä. Asian mielenkiintoisuuden vuoksi oli innopajan vetäjän roolina myös aikataulusta kiinnipitäminen, koska aihe keskustelutti paljon pajaan osallistuneita.

Lisäksi tein käsitekartan (mind map) opinnäytetyön palvelumuotoiluprosessista ja pidin työskentelypäiväkirjaa prosessin etenemisestä. Tuulaniemen mukaan käsitekarttaa käytetään muodostettaessa kokonaiskuvaa kiinnostavasta aiheesta: ideoiden keräämiseen sekä käsitteiden ja sisältöjen hahmottamiseen, jäsentämiseen ja esittämiseen. Käsitekartta auttaa hahmottamaan suunniteltavan palvelun kokonaisuutta; mitä kaikkea asiaan liittyy ja miten ne ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa. (Tuulaniemi 2011, 140-141.) Päiväkirjan pitäminen opinnäytetyöprosessista helpottaa työtä raportoidessa sekä auttaa työn eettisessä tarkastelussa, koska kaikkia tehtyjä ratkaisuja ja valintoja on vaikea muistaa myöhemmin, jos niitä ei ole kirjattu ylös.

Määrittelyvaiheessa hyödynsin myös benchmarking-menetelmää soveltuvin osin. Laatukeskus määrittelee benchmarkingin menetelmäksi, jolla *systemaattisesti opitaan hyviltä esikuvilta toimialasta riippumatta. Tarkoituksena on saada tietoja ja taitoja, jotka voidaan muuntaa tehokkaiksi oman yrityksen parannuksiksi.* (Holopainen ym 2001.) Benchmarkauksessa käytetään muun

muassa havainnointia, vertailua ja arviointia muiden organisaatioiden toiminnasta tavoitteena oppia heidän toimintatavoistaan sekä hyödynnetään jo valmiiksi kehitettyjä toimintatapoja (Tuulaniemi 2011, 138—139). Määritettäessä psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun sisältöä on hyödyllistä saada tietoa ja käyttäjäkokemuksia toiselta palveluntuottajalta, jolla jo on toimiva palvelukokonaisuus käytössä. Heiltä saadun tiedon perusteella voidaan arvioida esimerkiksi tarvittavaa lisäresurssointia omassa työterveysyksikössämme psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun toteuttamiseksi.

Käytyämme yhdessä työryhmän kanssa läpi psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan olemassa olevan polun ja toiveet uudelle palvelupolulle olin yhteydessä toiseen työterveyshuoltoyksikköön, jossa tiesin toimivan toimintamallin olevan jo käytössä. Koska ajankäyttö asetti rajoituksia tapaamisen järjestämiseksi, sovimme kyseisen työterveyshuoltoyksikön ylilääkärin kanssa, että voimme käydä tarvittavat asiat läpi sähköpostitse. Lähetin heille sähköpostikirjeen, jossa kerroin opinnäytetyöni tarkoituksen ja tavoitteen. Lisäksi kuvasin tämän hetkisen toimintamallin, joka meillä on käytössä psyykkisesti kuormittuneiden työterveyshuoltoasiakkaiden hoidossa. Tein listan kysymyksiä liittyen heillä käytössä olevaan hoitopolkuun sekä kokemuksista hoitopolun tuloksellisuudesta. Vastauksen sain nopeasti ja koin sen hyödylliseksi sekä määriteltäessä että suunniteltaessa psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua omalle työpaikalleni. Kyseisen työterveyshuollon kanssa sovittiin, että lähetän heille opinnäytetyössä kehitetyn mallin nähtäväksi. Benchmarkkauksesta saatu tieto on esitetty liitteessä 4.

Vahvistaakseni vielä psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun suunnittelua ja sisältöä olin yhteydessä erään asiakasyrityksen henkilöstöjohtajaan, jolle esittelin opinnäytetyön aiheen ja kysyin heidän toiveitaan ja huomioitaan palvelupolun toteuttamiseksi. Yrityksiä näkökulma on esitetty liitteessä 5. Heillä toiveet kohdistuivat nopean ajansaamisen lisäksi myös hyvin paljon sisällöllisiin toiveisiin. Tähän tarpeeseen tullaan vastaaman työterveyden taholta erillisen projektin mukaisesti.

Määrittelyvaiheen lopussa oli tarkentunut psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun tavoitteet hyvin monipuolisesti. Tavoitteiden määrittelemiseksi käytettiin aineiston analyysissä teemoittelua. Teemoja eli keskeisiä aiheita muodostetaan useimmiten aineistolähtöisesti: etsitään teksti-massasta yhdistäviä tekijöitä. Aineistoa järjesteltäessä teemojen mukaisesti, kunkin teeman alle kootaan aineistosta ne kohdat, joissa kyseessä olevasta teemasta puhutaan. Tällainen järjestely voidaan koota käsin leikkaamalla tulostetusta aineistosta kaikki tiettyyn teemaan liittyvät kohdat ja järjestelemällä ne omiksi kokonaisuuksikseen. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Tavoitekartoituksessa esille nousseet asiat jaoteltiin toiminallisiin, sisällöllisiin sekä laadullisiin tekijöihin (liite 3). Näistä koottiin vielä yhteenvetona konkreettiset hoitopolun tavoitteet (kuva 6). Samaa teemoittelua käytettiin myös benchmarkkauksessa sekä yritysasiakkaan näkökulman jaottelussa (liitteet 4 ja 5).

Toiminnallisiksi tavoitteiksi nousivat työterveyshoitajan roolin vahvistuminen psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan kohtaamisessa, ajan saaminen vastaanotolle 1-3 päivän sisään, asiakkaiden oikea-aikainen ja tarpeenmukainen ohjautuminen asiantuntijoille, moniammatillisen tiimityön vahvistuminen, avoimuus toiminnassa, hoitopolun sisäistäminen ajanvarauksessa sekä koulutuksen tarve.

Sisällöllisiksi tavoitteiksi nousivat luottamuksen lisääntyminen kaikkien ammattitaitoa kohtaan, psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan tilanteen ja tarpeiden kattava kartoittaminen ennen työterveyslääkärin tai asiantuntijan ajanvarausta, kriteereiden määrittäminen, joilla asiakas ohjautuu työterveyshuollon sisällä tai jatkohoitoon, asiantuntijoiden sekä työterveyslääkäreiden ajankäytön optimointi ja yhteistyön lisääntyminen asiakasyritysten ja esimiesten kanssa.

Laadullisiksi tavoitteiksi nousivat ajanvarauksen toteutuminen oikea-aikaisesti tarpeeseen nähden, asiakastyytyväisyyden parantuminen, työntekijöiden työmäärän kohtuullisena pysyminen ja henkilöstön osaamisen turvaaminen koulutuksen avulla.

PSYKKISESTI KUORMITTUNEEN TYÖTERVEYSHUOLTOASIAKKAAN HOITOPOLUN TAVOITTEET

Toiminnalliset tavoitteet:

- työterveyshoitajan roolin vahvistuminen
- ajan saaminen vastaanotolle 1-3 päivän sisään
- asiakkaiden oikea-aikainen ja tarpeenmukainen ohjautuminen asiantuntijoille
- moniammatillisen tiimityön vahvistuminen
- avoimuus toiminnassa
- hoitopolun sisäistäminen ajanvarauksessa
- koulutuksen tarve.

Sisällölliset tavoitteet:

- luottamuksen lisääntyminen kaikkien ammattitaitoa kohtaan
- psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan tilanteen ja tarpeiden kattava kartoittaminen ennen työterveyslääkärin tai asiantuntijan ajanvarausta
- kriteereiden määrittäminen, joilla asiakas ohjautuu työterveyshuollon sisällä tai jatkohoitoon
- asiantuntijoiden sekä työterveyslääkäreiden ajankäytön optimointi
- yhteistyön lisääntyminen asiakasyritysten ja esimiesten kanssa.

Laadulliset tavoitteet:

- ajanvarauksen toteutuminen oikea-aikaisesti tarpeeseen nähden
- asiakastytytyväisyyden parantuminen
- työntekijöiden työmäärän kohtuullisena pysyminen
- henkilöstön osaamisen turvaaminen koulutuksen avulla.

Kuva 6. Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun tavoitteet

Havainnointi

Etnografisessa tutkimuksessa tiedonkeruu alkaa havainnoinnilla, jota voidaan toteuttaa usealla eri tavalla. Työtehtäviin ja niiden suorittamiseen liittyvät prosessit ovat usein pitkällisen oppimisen tulosta, jolloin toimijan itsen on vaikea kuvailla toimintaansa. Myös toisen toiminnan kuvaaminen voi olla hankalaa, jolloin tutkijan on turvauduttava havainnointiin. (Kananen 2014.) Tässä opin- näytetyössä tarkoituksena on kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveys- huoltoasiakkaan hoitopolkua, jossa osana on tärkeää huomioida, miten asia- kas tulee vastaanotetuksi esimerkiksi työterveyshoitajan vastaanotolla. Koska työ on kahdenkeskistä vastaanottotyötä, sitä ei voi havainnoida suoraan vas- taanottotilanteissa. Tutkijan roolissa havainnoin työntekijöiden keskusteluja ja kommentteja näiden vastaanottotilanteiden jälkeen. Havainnointia voidaan kutsua piilohavainnoinniksi, koska asianomaiset eivät tiedeneet, että hyödyn- nän heidän keskustelujaan ja kommenttejaan tiedon keruussa. Jotta havain- noista saatu tieto pysyisi tallessa, pidin havainnoista päiväkirjaa, johon kirjasin keskusteluista saatua informaatiota. Havainnointia hyödynsin tiedonkeruume- netelmänä kevään 2018 ajan. Havainnoista saadun ymmärryksen perusteella psyykkisesti kuormittuneita asiakkaita käy paljon vastaanotoilla. Etenkin työ- terveyslääkäreiden keskustelujen perusteella asiakkaat ohjautuvat vastaan- otolle suoraan ajanvarauksesta, jolloin lyhyt vastaanottoaika ei riitä asiakkaan asioiden perusteelliseen käsittelyyn. Työterveyshoitajat toivat myös keskuste- luissa esiin, että hyvin paljon terveystarkastusten painopiste muuttuu psyyk- kisten asioiden hoitamiseen ja terveystarkastuksiin liittyvät asiat hoidetaan myöhemmin. Keskusteluissa vahvistui myös toive koulutuksen saamisesta haasteellisten tilanteiden hoitamiseksi, haasteellisiksi koettiin esimerkiksi elä- män kriiseihin ja mielialahäiriöihin liittyvät käynnit.

Refleктоivat keskustelut

Haastattelun tai keskustelun sovin kolmen työterveyshoitajan kanssa. Reflek- toivien keskustelujen teemat on esitelty liitteessä 6. Keskustelut käytiin teema- alueiden mukaisesti yksilökeskusteluina hoitajien omissa työhuoneissa. Kes- kustelujen aluksi kerroin heille vielä oppinäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen

sekä määrittelyvaiheessa esille nousseet tavoitteet hoitopolun toteuttamiseksi ja tavoitteiden saavuttamiseksi. Haastatteluteemoista saadut vastaukset kirjattiin haastattelussa ylös mahdollisimman sanatarkasti, jotta niistä saatu tieto pystyttäisiin mahdollisimman luotettavasti hyödyntämään hoitopolkua suunniteltaessa. Kaikki haastateltavat olivat vapaaehtoisesti mukana haastattelussa ja he olivat kiinnostuneita hoitopolun kehittämistä kohtaan. Haastattelutilanteet sujuivat rauhallisesti ja hyvässä yhteisymmärryksessä.

Haastatellut työterveyshoitajat toivat esiin tärkeimpänä menetelmänä psyykkisesti kuormittuneen asiakkaan kohtaamisessa kuuntelemisen ja keskustelun merkityksen. Tärkeiksi he kokivat myös käsiteltävien asioiden priorisoinnin, eli jos asiakas terveystarkastuksen yhteydessä tuo esiin psyykkisen kuormittuneisuutensa, niin näissä tilanteissa se nousee tärkeimmäksi käsiteltäväksi asiaksi ja muut terveystarkastukseen liittyvät asiat hoidetaan myöhemmin. Keskustelussa ja kartoituksessa he hyödyntävät tarpeenmukaisesti esimerkiksi työuupumus- tai mielialakyselyä. Kattavan tilannekartoituksen he kokivat hyvin tärkeänä: käydään läpi niin työhön kuin omaan elämäänkin liittyviä asioita läpi, huomioidaan elämäntapa-asioita. Tarvittaessa hoitajat hyödyntävät työpsykologin tai työterveyslääkärin konsultaatio mahdollisuutta. Jos asiakas ohjataan asiantuntijan vastaanotolle, voi työterveyshoitaja varata seuranta käynnin myös omalle vastaanotolleen. Työyhteisöön liittyvissä asioissa he ovat herkästi yhteydessä esimieheen tai kehottavat asiakasta keskustelemaan omasta työhön liittyvästä asiastaan esimiehen kanssa.

Niemisen, Paavilaisen, Nikin ja Kylmän (2016) artikkelissa ”Työterveyshoitajien kokemuksia työikäisten mielenterveyden edistämisestä työterveyshuollossa” tuodaan esiin samankaltaiset löydökset asiakkaan huomioinnista ja käytettävissä olevista keinoista asiakkaan tilanteen selvittämiseksi, joita myös haastatellut työterveyshoitajat kertoivat käyttävänsä. Artikkelissa tärkeinä elementteinä työterveyshuoltoasiakkaan mielenterveyden tukemisessa tuotiin esiin luottamuksellisen asiakassuhteen luominen (asiakkaan kuunteleminen, ajan antaminen asiakkaalle, läsnä oleminen ja helposti tavoitettavissa oleminen), kokonaisvaltainen asiakkaaseen tutustuminen (erilaisten lomakkeiden hyödyntäminen ja terveystarkastusten tekeminen), neuvonnan antaminen (osallistuminen työterveysneuvotteluun, sairausloman kirjoittaminen, henkinen

tuki ja rohkaiseminen, positiivisten asioiden korostaminen asiakkaan elämässä, jatkohoitoon ohjaaminen esimerkiksi työpsykologille) ja yhteistyösuhteen luominen työpaikkaan (työyhteisön hyvinvoinnin tilaan perehtyminen, työpaikkaselvitykset, esimiesten tukeminen sekä varhaisen tuen toimintamallin mukaisen työn tukeminen).

Asiantuntijan vastaanotolle työterveyshoitajat kertoivat ohjaavansa asiakkaan, jos käytetyistä kyselymittareista nousee hyvin korkeita pisteitä esiin. Samoin, jos asiakkaalla on ollut aiemmin hoitosuhde joko depressiohoitajan tai työpsykologin kanssa, niin he ohjaavat asiakkaan myös jatkossa heidän vastaanotolle. Osa työterveyshoitajista keskustelee asiantuntijan kanssa asiakkaan tilanteesta ja yhteisymmärryksessä asiakas joko ohjautuu asiantuntijan vastaanotolle tai jatkaa työterveyshoitajan kanssa.

Erikoissairaanhoidon tai muuhun jatkohoitoon ohjautumista työterveyshoitajat kommentoivat tarvittavan tilanteissa, joissa työterveyshuollon omat keinot ovat riittämättömiä tai asiakkaalla on selkeästi pidemmän hoidon tai terapian tarve. Myös asiakkaan sairauden tai oireiden vakavuusaste määrittelee jatkohoitotarpeen. Lähetettäessä asiakas jatkohoitoon, pidettiin kuitenkin tärkeänä, että yhteys työterveyshuoltoon myös jatkui ja käynnit esimerkiksi työterveyshoitajan vastaanotolla pyrittiin järjestämään mahdollisuuksien mukaan.

Työterveyshoitajat kokivat, että selvittely- ja kartoituskäynnit onnistuvat hyvin työterveyshoitajan vastaanotolla. Hoidon eteenpäinviemiseksi he kokivat tarvitsevänsä lisää tietoa käytettävissä olevista menetelmistä ja toimintatavoista. Konkreettisen hoitopolun olemassaolon he kokivat myös tärkeänä, koska sen mukaan toimiminen selkiyttää omia toimintatapoja. Mielenterveysasiat koettiin haastavammiksi kuin esimerkiksi uni- tai päihdeasioiden hoitaminen.

Reflektoiden haastattelujen antaman tiedon perusteella työterveyshoitajat hoitavat jo paljon psyykkisesti kuormittuneiden työterveyshuoltoasiakkaiden tilanteen selvittelyä. Työpaikkojen ja työntekijöiden hyvä tunteminen vahvistaa ennaltaehkäisevän työskentelyotteen omaksumista. Psyykkisesti kuormittuneen asiakkaan kohtaamisessa tarvitaan puheeksiottamisen taitoa sekä ratkais-

keskeisiä ohjaustapoja niin yksilö- kuin työyhteisötasolla. Perinteisen terveyskasvattamisen rinnalle toivotaan uusia, herättelevämpiä ohjausmenetelmiä, jotka mahdollistavat myös vaihtoehtoiset toimintatavat perinteisen vastaanotto toiminnan lisäksi. Käydyissä keskusteluissa vahvistui toive koulutuksesta psykososiaalisten tekijöiden huomiointiin sekä mielenterveyteen liittyvien asioiden hoitoon.

Kenttävaihe

Etnografiseen lähestymistapaan kuuluu oleellisena osana kenttävaihe, joiden aikana tutkija elää ilmiön kanssa yhdessä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että tutkija on toiminnassa mukana osana tutkittavaa ilmiötä. (Kananen 2014.) Tässä opinnäytetyössä kenttätyövaihe tuli luonnollisena osana omaa työtäni, ainoastaan se oli erona, että entistä tietoisemmin pidin mielessä toiveet ja tavoitteet psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolusta ja sen tavoitteista. Työhöni kuuluu hoidontarpeenarviointia puhelimitse ja ajanvaraustilanteissa, joissa asiakkaalla oli tarpeen saada vastaanottoaika psyykkisen kuormituksen vuoksi. Näissä tilanteissa pystyin ohjaamaan hänet suoraan omalle vastuuhoitajalle tarkempaan selvittelyyn. Asiakkaat kokivat järjestelyn järkevänä, kun heille perusteli syyn, miksi näin toimitaan; eli asiakas hyötyy parhaiten, kun tehdään kattava ja perusteellinen tilannekartoitus, jonka jälkeen on helpompi miettiä hoidon etenemistä.

Määrittelyvaiheessa vahvistuneiden tavoitteiden sekä työterveyshoitajien haastatteluista saadun tiedon perusteella projekti eteni suunnitteluvaiheeseen. Määrittely- ja tutkimusvaiheessa saatujen tietojen perusteella oli luotu selkeä tavoitteet tulevalle hoitopolulle, joten suunnittelutyötä oli helppo lähteä toteuttamaan.

8.4 Suunnitteluvaihe

Suunnitteluvaiheessa kehitetään mahdollisesti vaihtoehtoisiakin ratkaisuja kehittämiskohteen toteuttamiseksi ideoinnin sekä konseptoinnin avulla. Tärkeää on huomioida asiakasorganisaation omat tavoitteet sekä tarpeet suunnitelmaa tehtäessä. Ideointivaiheessa pyritään ongelman ymmärtämisen kautta sen

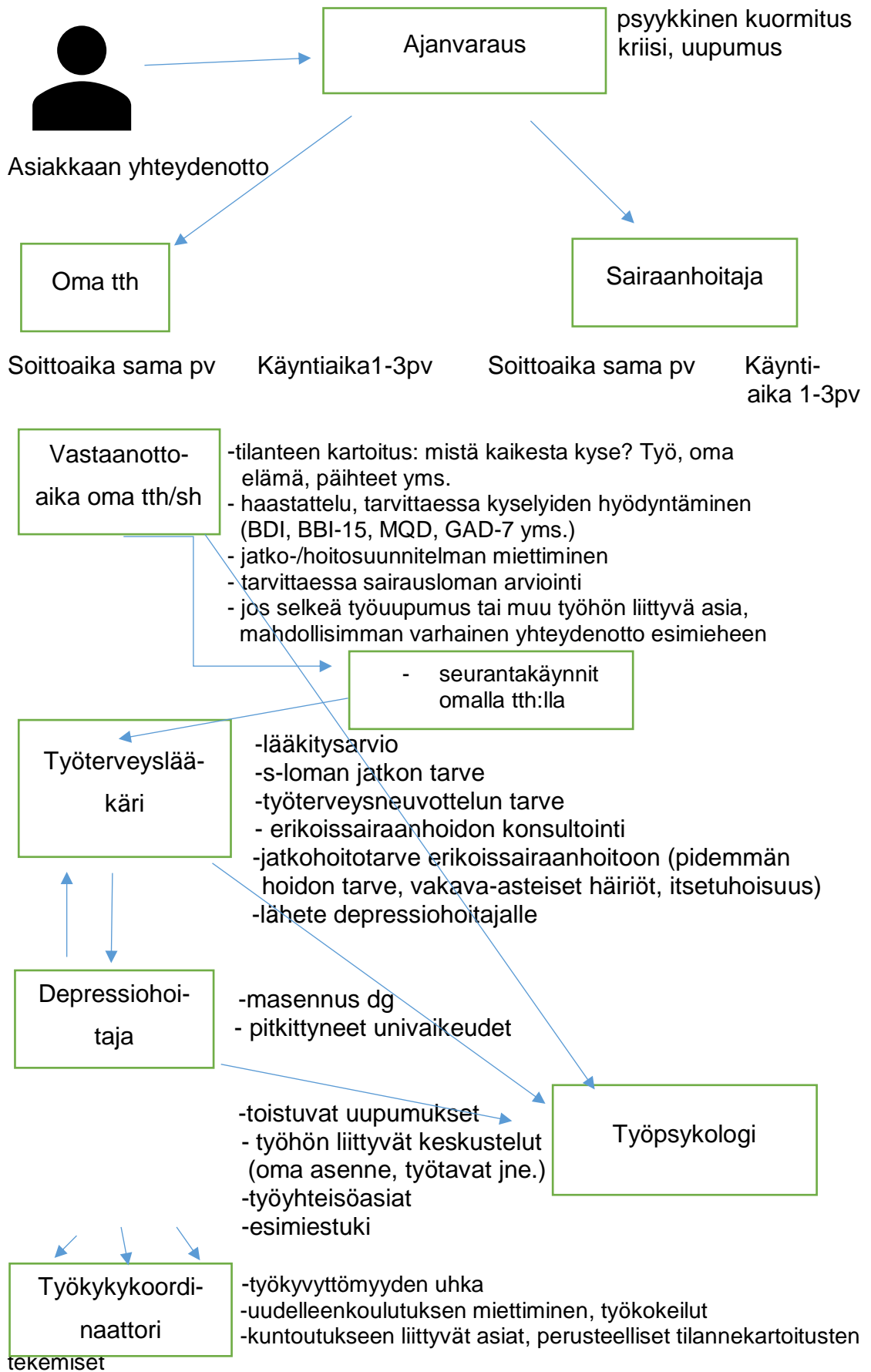
selkiyttämiseen, tarvittaessa jaetaan vielä osaongelmiin, kerätään ja yhdistellään ideoita ja kootaan sekä ryhmitellään ratkaisuja. Ideoista käyttökelpoisimpia kehitetään ja rakennetaan niistä testattavia palvelukonsepteja. (Tuulaniemi 2011, 131, 180-190.)

Empaattinen suunnittelu on menetelmä, jossa suunnittelija pyrkii asettumaan käyttäjän tilalle, havainnoimaan kehityskohdetta hänen näkökulmastaan ja hyödyntää tätä ymmärrystä suunnitteluratkaisuja tehdessään. Empaattisen suunnittelun työtavat perustuvat suunnittelijan aktiiviseen osallistumiseen käyttäjätutkimusvaiheisiin osana suunnitteluprosessia. (Miettinen 2011, 96; Suri 2003, 51-57.) Empaattinen suunnittelu tuntui tähän kehittämistehtävään erittäin hyvin soveltuvalta menetelmältä, koska siten suunnittelija pääsi itse olemaan osallisena hoitopolun eri vaiheissa ja myös miettimään mahdollisia heikkouksia palvelun sisällössä.

Määrittely ja tutkimusvaiheessa saadun tiedon perusteella kehitettiin kaksi vaihtoehtoista hoitopolkumallia. Ensimmäisen mallin tarkoituksena on tehostaa psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitoa työterveydessä nykyisin käytössä olevin resurssein, uutena resurssina mallissa huomioidaan työkykoordinaattorin osuus psyykkisesti kuormittuneen asiakkaan hoitopolussa (kuva 7). Mallissa korostuu yritykselle nimetyn työterveyshoitajan osuus alkukartoituksen tekemisessä ja jatkotoimien suunnittelussa. Mallissa määritetään aikarajat, joiden sisällä asiakkaan on saatava aika työterveyteen sekä tuodaan esiin kriteereitä, joiden mukaan asiakkaan hoitopolun etenemistä suunnitellaan niin lääkäreiden vastaanotolle kuin työterveyshuollon asiantuntijoidenkin vastaanotolle. Mallissa on tuotu esiin myös kriteereitä erikoissairaanhoidon lähettämisestä sekä työkykykoordinaattoreiden osuudesta etenkin pidentyneiden tilanteiden hyödyntämisessä.

Hoitopolku 1:ssä on pyritty huomioimaan konkreettisesti ne toiminnalliset, sisällölliset ja laadulliset tavoitteet, jotka tulivat esiin määrittely ja tutkimusvaiheessa. Laadullisista tavoitteista henkilökunnan osaamisen lisääminen ei hoitopolussa ole aukikirjoitettuna. Jos päädytään hoitopolku yhden kehittämiseen käytäntöön asti, tullaan tähän asiaan panostamaan ja koulutusta järjestetään henkilöstölle tarpeen mukaisesti myöhemmin.

HOITOPOLKU 1.



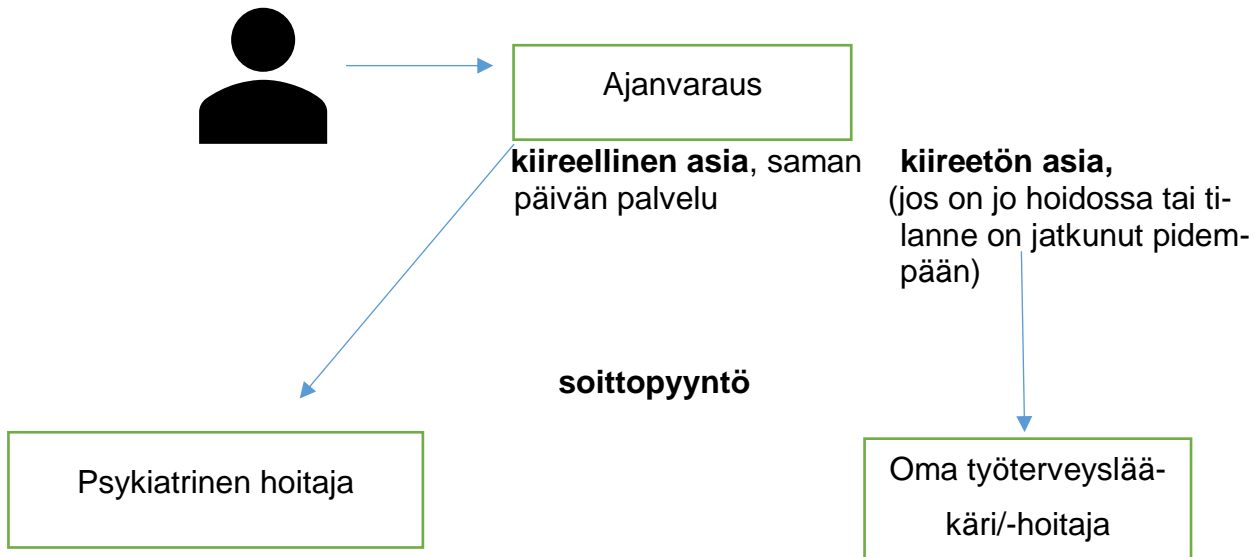
Kuva 7. Hoitopolku 1

Koska Hoitopolku 1 on nykyisen toiminnan tehostamista, pystyin hyödyntämään tehtyä suunnitelmaa käytännön työssä. Kuten jo aiemmin olen maininnut, työhöni kuuluu osana puhelimitse tehtävä hoidontarpeenarviointi. Näissä puheluissa pyrittiin huomioimaan tehty hoitopolkusuunnitelma ja varaamaan psyykkisesti kuormittuneelle työterveyshuoltoasiakkaalle ensimmäinen käynti työterveys- tai sairaanhoitajalle, jotta asiakkaan tilanteesta saataisiin mahdollisimman hyvä kokonaiskuva ja pystyttäisiin miettimään häntä palveleva paras hoitopolku. Asiakkaat suhtautuivat erittäin myönteisesti tarjottuun vaihtoehtoon ja ymmärsivät, miksi näin toimitaan.

Toinen selkeä muutos, joka pystyttiin tekemään hoitopolku 1:n tavoitteiden toteutumiseksi, oli psyykkisen kuormituksen puheeksiottaminen jo työhöntulo- ja muiden terveystarkastusten yhteydessä. Tarkastuksissa käydään yleisesti läpi työn kuormitustekijät ja näissä keskusteluissa nostettiin esiin mahdollinen psyykkinen kuormitus ja sitä, kuinka niissä tilanteissa asiakkaan tulisi toimia. Korostettiin mahdollisimman varhaista havainnointia omaan hyvinvointiin, jotta tilanteet eivät pääsisi pitkittymään. Kokemuksen mukaan asiakkaat kokivat hyödyllisiksi näiden asioiden esille ottamisen, ja se myös madalsi kynnystä ottaa oikeasti yhteyttä työterveyteen, kun psyykkistä kuormitusta alkoi kertyä.

Toisena hoitopolun vaihtoehtona kehitettiin uutta toimintamallia, jossa työterveyshuollossa on käytettävissä psykiatrisen hoitajan palvelut (kuva 8). Tämän hoitopolun suunnittelussa hyödynnettiin benchmarkkauksesta saatua tietoa ja kokemusta. Tämän mallin kehittäminen käytäntöön vaatisi resursseja sekä lisäkoulutukseen että mahdollisesti uusiin rekrytointeihin. Hoitopolku 2 mallin mukaisesti psyykkisesti kuormittunut asiakas voidaan ohjata ajanvarauksesta suoraan psykiatriselle hoitajalle etenkin kiireellisissä asioissa, jolloin tärkeää on saada palvelu saman päivän aikana. Toimintamalli ei poissulje hoitopolku 1 mukaista toimintaa, vaan erittäin tärkeää on omien vastuu työterveyshoitajien työ etenkin työhön liittyvissä kuormituksissa, koska työterveyshoitajat parhaiten tuntevat asiakkaidensa työskentelyolosuhteet. Hoitopolku 2 tarjoaa tehostetumpaa osaamista psyykkisesti kuormittuneiden asiakkaiden hoitoon työterveydessä.

HOITOPOLKU 2.



Kriteerit:

- uusi masennus/ahdistusoireisto, ei aiempia hoitoja, ei lääkityksiä, ei hoitokontaktia muualla
- uupumus (työtilanne, elämäntilanne, perhetilanne, ihmissuhteet, taloudelliset tilanteet jne.
- surureaktio (akuutin tilanteen hoito, jatkohoito muualle)
- kuolemantoiveet, ei suuicidaalisuutta; voi ohjata soittamaan akuutti-työryhmään

Kuva 8. Hoitopolku 2

Tehdyt hoitopolkusuunnitelmat esiteltiin ohjausryhmälle (työterveyslääkäri, työterveyshoitaja, työpsykologi, depressiohoitaja ja palvelupäällikkö) 25.7.2018 pidetyssä palaverissa. Palaverin aluksi esitettiin yhteenveto määrittely- ja tutkimusvaiheen tavoitteista sekä benchmarkkauksen ja reflektioivien haastattelujen ja havainnoinnin avulla saatujen tietojen perusteella suunnitellut hoitopolkuvaihtoehdot käytiin läpi.

Hoitopolun kriittinen kohta on ajanvarauksessa, etenkin kun nyt uuden omistajan kautta työterveyteen tulee käyttöön keskitetty hoidontarpeen arviointi, eli puheluihin vastataan keskitetysti yhdestä puhelinpalvelusta. Ajanvarauksessa

tulee huomioida psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan ohjautuminen polun mukaisesti omalle vastuu työterveyshoitajalle. Palaverissa asiasta keskusteltiin ja se otetaan esiin yrityksen työterveyshuollon kehittämistä vastaavan henkilön kanssa, jotta selviää, kuinka se saadaan huomioitua siirryttäessä keskitettyyn hoidontarpeenarvointiin.

Palaverissa keskusteltiin hoitopolun kohdista yksityiskohtaisesti ja siihen tehtiin vielä täsmennyksiä ohjausryhmän toiveiden mukaisesti. Keskustelu oli vilkasta ja rakentavaa. Konseptointivaiheen suunnitelmaksi valikoitui hoitopolku 1, joka siis on nykyisen toiminnan tehostamista sekä koulutuksen huomiointia psyykkisten tekijöiden puheeksiottamiseen sekä ratkaisukeskeiseen työotteeseen.

Syyskuun alussa hoitopolku esiteltiin työyhteisölle yhteisessä teemakokouksessa. Hoitopolku koettiin toteuttamiskelpoiseksi ja keskustelussa todettiin toimintaa selventäväksi se, että tiettyjä kriteereitä on sovittu esimerkiksi asiantuntijoiden hyödyntämisestä psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoidossa. Hoitopolun esittämisen jälkeen käytiin lyhyesti läpi psyykkisen anamneesin tekeminen sekä masennukseen, unettomuuteen ja työuupumukseen liittyviä pääasioita ja perustyökaluja keskustelun tueksi sekä ratkaisukeskeiseen työotteeseen liittyviä perusasioita. Koulutusta on tarkoitus tarjota tarpeenmukaisesti myöhemmin kattavammin.

Psyykkisesti kuormittuneen asiakkaan hoitopolkua ja sen mahdollisesti tuoma hyötyä voidaan myöhemmin arvioida esimerkiksi vastaanottoaikojen saatavuuden parantumisena sekä asiantuntijoiden jonotusajan lyhentymisenä. Pidemmällä tähtäimellä voidaan arvioida, onko hoitopolun avulla saatu F-diagnoosi-perusteisia sairauslomia vähenemään.

8.5 Tuotantovaihe

Palvelutuotantovaiheessa tavoitteena on ottaa kehitetty palvelu käyttöön ja palvelusta saadun palautteen perusteella edelleen kehittää palvelukonseptia. Tässä vaiheessa on tärkeää antaa kaikille palveluun liittyville osapuolille ymmärrys siitä, mitä resursseja palvelun ottaminen käyttöön vaatii. Palvelun pilotointivaiheessa tärkeitä ovat mitattavat tulokset, mittausmenetelminä voidaan

hyödyntää esimerkiksi haastattelua tai yrityksen sisäistä arviointia. Saadun palautteen perusteella kuvataan palveluprosessi esimerkiksi palvelumalli-kuvauksena: palvelumallin käytännön toteutus, elementit ja resurssit, joita palvelussa on mukana ja miten vuorovaikutus palvelussa toteutetaan. (Tuulaniemi 2011, 131, 230-238.)

Kun hoitopolku 1 vaihtoehto oli valittu kokeiltavaksi toimintamalliksi, mietittiin vaihtoehtoja sen kokeilun ja toteuttamisen käynnistämiseksi. Asiasta keskusteltiin yhdessä palvelupäällikön sekä yrityksen kehittämistiimiin kuuluvan työpsykologien palvelupäällikön kanssa. Koska työpaikallamme on käynnissä integraatioon liittyvät laajat koulutukset sekä tietojärjestelmän muutos, sovimme että toteutus siirtyy kehittämistiimin vastuulle hieman myöhemmin toteutettavaksi. Kehittämistiimi sai käyttöönsä tehdyn hoitopolkusuunnitelman sekä koulutusmateriaalin, joka oli tehty hoitajien kanssa käytyjen toiveiden perusteella.

8.6 Arviointivaihe

Arviointivaihe on jatkuvaa toimintaa, jonka tarkoituksena on vakiinnuttaa kehitetty palvelumalli käytäntöön sekä kehittää toimintaa edelleen saadun palautteen perusteella. Arvioinnilla varmistetaan palvelun toimivuus ja sen hyöty käytännössä. Palvelua kehitettäessä on ollut tärkeää miettiä mittareita, joilla palvelun toteutumista ja hyödyllisyyttä voidaan arviointivaiheessa seurata. (Tuulaniemi 2011, 131, 239.)

Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun Brief-palaverissa ja innopajassa mietittiin myös mahdollisia mittareita, joilla voidaan myöhemmin varmistaa suunnitellun palvelun toimivuutta. Lyhyellä aikavälillä hoitopolun toimivuutta voidaan arvioida vastaanottoaikojen saatavuuden parantumisella, työterveyshoitajien mielenterveysperustaisten vastaanottokäyntien sekä ohjaus- ja neuvontakäyntien lisääntymisellä ja niin yksilö- kuin yritysasiakkailta saadun palautteen perusteella. Moniammatillisissa tiimeissä voidaan sisäisesti arvioida, kuinka hyvin polulle asetetut tavoitteet toteutuvat sisäisen toiminnan tehostamisen suhteen, esimerkiksi riittävien anamneesien teko ennen lääkäreille ohjautumista ja tarpeenmukaiset ohjautumiset asian tuntijoiden vastaanotoille. Pidemmän aikavälin mittareina voidaan arvioida F-

diagnoosi perusteisten sairauslomien vähenemistä sekä laajempaa asiakastyytyväisyyskyselyissä saatua palautetta.

Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun toteutuksesta voidaan arvioida kokonaisuudessaan vasta myöhemmin, kun palvelu on otettu koulutusten jälkeen kokonaisuudessaan käyttöön. Tutkimusvaiheessa saadun tiedon perusteella hoitopolun voidaan arvioida nopeuttavan asiakkaan pääsyä työterveyshuollon vastaanotolle, kun aika varataan suoraan omalle vastuuhoitajalle. Samoin voidaan arvioida, että työterveyslääkäreille sekä työterveyden asiantuntijoille ohjaututaan suunnitellummin ja tarpeenmukaisemmin, kun työterveyshoitajan vastaanotolla on tehty tarpeelliset selvitykset asiakkaan tilanteesta ja suunniteltu yhteistyössä jo hoitoa eteenpäin. Työpaikoille tulee otettua yhteyttä jo varhaisessa vaiheessa, kun asiakas hoitaa asioitaan vastuutyöterveyshoitajan kanssa, joka jo tuntee työskentelyolosuhteet sekä esimiehet. Asiakasyrityksille tehtävien asiakastyytyväisyyskyselyjen pohjalta pystytään jatkossa saamaan palautetta siitä, kuinka hyvin hoitopolun mukainen toiminta on pystynyt asiakkaita palvelemaan.

9 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

9.1 Kehittämistehtävän luotettavuus ja eettisyys

Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti tutkimus- ja kehittämistyössä noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta koko tutkimusprosessin ajan (Kylmä & Juvakka 2012). Kehittämistehtävän aloituksesta asti pyrin huomioimaan työn avoimen käsittelyn työyhteisössäni, jotta sen toteuttaminen koettaisiin kaikkia ammattiryhmiä hyödyntäväksi.

Arvioitaessa tieteellisen tutkimuksen luotettavuutta on selvitettävä, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on saatu esiin. Luotettavuuden arviointi on tärkeää tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen kannalta. Arvioitaessa laadullista tutkimusta voidaan arvioida sen uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2012.)

Uskottavuudella tarkoitetaan tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta, nämä tulee näkyä tutkimuksessa (Kylmä & Juvakka 2012). Tässä kehittämistehtävässä pyrittiin avoimeen käsittelyyn koko kehittämisprosessin ajan. Eri kehittämistehtävien vaiheissa käytiin henkilöstön kanssa keskusteluja asioista, joita niissä oli tullut esiin ja tarkennettiin, että suunnittelussa huomioidaan oikeat asiat. Koko toteutusprosessin kirjauksen luki ohjausryhmään osallistunut henkilö, jotta siinä on varmasti totuudenmukaisesti kuvattu tehdyt asiat.

Vahvistettavuus katsotaan liittyväksi koko tutkimusprosessiin ja edellytyksenä on, että tutkimusprosessi on kirjattu niin, että sitä voi toinen tutkija johdonmukaisesti seurata. (Kylmä & Juvakka 2012). Kehittämistehtävän toteutumisen raportoinnissa olen pyrkinyt kuvaamaan hoitopolun suunnittelun palvelumuotoiluprosessin eri vaiheiden huolellisella kuvauksella. Tässä apuna käytin päiväkirjaa koko prosessin ajan, jotta pystyin tarvittaessa tarkastamaan sovittuja asioita tai muita prosessiin liittyviä tekijöitä. Kehittämistehtävä aloitettiin suunnittelemalla hoitopolkua yhden työterveyshuoltoyrityksen käyttöön, mutta tehtävän edetessä yritys myytiin isolle palveluntuottajalle. Päiväkirjamerkinnöistä on luettavissa muutoksesta aiheutuneita turhautumisen tunteita kehitettävää tehtävää kohtaan, koska ajatuksena oli, että työ tehdään nyt turhaan. Suunnittelijana ajatuksesta oli päästävä yli, jotta se ei vaikuttaisi suunnittelutyöhön sitoutumiseen ja suunnittelun toteuttamiseen. Sitoutuneisuutta suunnitteluun ja kehittämiseen lisäsi ohjausryhmältä saatu tuki koko prosessin ajan.

Kehittämistehtävässä pyrin varmistamaan, että käytetyt lähteet täyttävät opinäytetyölle asetetut vaatimukset. Teoreettisessa osuudessa on kuvattu mahdollisimman tuorein sekä tutkittuun tietoon perustuvien lähteiden työn psykososiaalisiin kuormitustekijöihin liittyviä tekijöitä sekä keskeisiä psyykkisiä tekijöitä, jotka liittyvät työterveyshuoltoasiakkaan psyykkisen tuen tarpeeseen.

Reflektiivisyyden edellytyksenä on tutkijan tietoisuus omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. (Kylmä & Juvakka 2012). Koin, että oma työkokemukseni niin psykiatrisessa hoitotyössä kuin työterveyshuollossakin antoi minulle ymmärrystä kehitettävästä asiasta, eli tuki pätevyyttä tehdä kehittämistehtävää. Oma kokemukseni psykiatrisesta hoitotyöstä voi johtaa virheellisiin ratkai-

suihin hoitopolkua suunniteltaessa, jos en osaisi huomioida aidosti työterveyshoitajien valmiuksia tai heidän haluaan lisätä psyykkisesti kuormittuneiden asiakkaiden vastaanottoa. Minun täytyi olla työn kehittäjänä neutraali eikä olettaa kaikilla työterveyshoitajilla olevan samoja valmiuksia tai tahtoa näiden vastaanottojen toteuttamiseksi.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimuksen tulosten siirtämistä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä & Juvakka). Tämän kehittämistehtävän tuloksena suunniteltu hoitopolku ja sen siirrettävyys toiseen työterveysyksikköön riippuu täysin työterveysyksiköiden käytössä olevista asiantuntijoista ja muista käytettävistä palveluista. Kaikissa työterveysyksiköissä ei esimerkiksi ole hyödynnettävissä depressiohoitajan palveluja. Uskon, että hoitopolkua voidaan hyödyntää muissakin työterveysyksiköissä kuitenkin vastaavan palvelun suunnittelun apuvälineenä.

Palvelumuotoilu kehittämismenetelmänä oli minulle uusi, joten pyrin tutustumaan siihen ja sen eri menetelmiin kattavasti niin alan kirjallisuuteen perehtymällä kuin lukemalla eri tutkimuksia, joissa menetelmää oli käytetty. Tarkoituksena oli alun perin myös keskustella palvelumuotoilusta alan asiantuntijan kanssa, mutta tällaista tapaamista en saanut järjestettyä. Keskustelu palvelumuotoilun osaajan kanssa olisi lisännyt menetelmän käyttämisen luotettavuutta.

Palvelumuotoilu menetelmänä sopii hyvin erilaisten palveluprosessien kehittämiseen. Menetelmä on yhteistoiminnallinen, joten onnistuakseen se edellyttää hyvää vuorovaikutusta suunnittelijan ja asiakkaan välillä. Tätä kehittämistehtävää tehtäessä ohjausryhmän osallistuminen ja tuki oli innovatiivista ja positiivista koko kehittämisprosessin ajan. Avoin vuorovaikutus koko työyhteisön kesken lisäsi myös kehittämisprosessin mielekkyyttä sekä lisää myös tehdyn hoitopolun totuudenmukaisuutta, koska sen tekemiseen ovat kaikki päässeet vaikuttamaan.

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin etnografisista tutkimusmenetelmistä havainnointia ja reflektioivia keskusteluja. Etnografiseen tutkimukseen kuuluvan

kenttätöiden kestoja on esitetty erääksi etnografisen tutkimuksen luotettavuusmittariksi. Mitä pidempi kenttätöiden vaihe ja ilmiöön perehtyminen on, sitä luotettavampaa on tieto, jota tutkimus tuottaa. (Kananen 2012.) Tässä opinnäytetyössä havainnointia tehtiin systemaattisesti useampi kuukausi, havainnoinnin avulla saatu tieto kertaantui havainnoituissa keskusteluissa useaan otteeseen, joten kenttävaiheen pituus arvioitiin luotettavuutta lisääväksi tekijäksi havainnoinnista saadulle tiedolle. Saadun tiedon oikeellisuutta lisäsi myös reflektoitujen keskustelujen avulla saatu tieto työterveyshoitajien käsityksistä heidän tavastaan kohdata ja hoitaa psyykkisesti kuormittunutta työterveyshuoltoasiakasta. Hoitajien työkokemus ja tehty työ psyykkisesti kuormittuneiden asiakkaiden parissa lisää luotettavuutta haastatteluista saatuun tietoon, koska se perustuu vahvaan kokemukseen ja ammattitaitoon.

Tutkimuseettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään: tiedonhankintaa ja tutkittavien suojaamista koskeviin sääntöihin ja tutkijan vastuuta tulosten soveltamiseen koskeviin sääntöihin. Hoitotieteen tutkimuseetiikkaan liittyy esimerkiksi asianmukaisesti haettu tutkimuslupa, tutkimuksen aiheuttamien riskien, ongelmien ja hyödyn pohtiminen, yksilön suojaaminen vahingoittumiselta ja yksityisyyden kunnioittaminen, luottamuksellisuus ja anonymiteetti sekä tutkittavien suostumus asiaan perehtyneenä. (Vehviläinen-Julkunen 1997.)

Kehittämistehtävää varten ei tarvinnut hankkia erillistä tutkimuslupaa, ennen työn aloitusta tehtiin toimeksiantosopimus yrityksemme toimitusjohtajan kanssa. Koko kehittämistehtävän ajan pidettiin mielessä avoin ja rehellinen työskentelyote. Sekä ohjausryhmään osallistuneille henkilöille että haastatetuille työterveyshoitajille kerrottiin kehittämistehtävän tarkoitus ja selitettiin käytettävät menetelmät. Kaikki kehittämistehtävään osallistuneet henkilöt olivat mukana vapaaehtoisesti. Kaikki materiaali, joka kehittämistehtävää tehtäessä kertyi, käsiteltiin luottamuksellisesti eikä se päätynyt missään vaiheessa kenenkään ulkopuolisen käsiin.

Tutkimustyön eettisyyttä on myös tutkijan itsensä kehittäminen sekä tutkimustehtävien ja tutkimusmenetelmien oikea valinta. Tutkijan on oltava valmis ottamaan ohjausta vastaan ja kysymään neuvoa epäselvissä tilanteissa. Keskustelu työn ohjaajan ja muiden samassa tilanteessa olevien henkilöiden kanssa

on hyödyllistä. On myös osattava ottaa vastaan kritiikkiä ja tarvittaessa pystytävä muuttamaan omaa työtään. (Vehviläinen-Julkunen 1997.) Koko kehittämistehtävän ajan on ollut mahdollista saada ohjausta ja neuvoja työn ja sen eteenpäinviemiseen työtä ohjaavalta opettajalta, työelämäohjaajalta sekä ohjausryhmältä. Ohjauksen avulla on ollut selkeämpi rajata työtä sekä tehdä siihen tarvittavia muutoksia, jotta työn fokus säilyi kirkkaana.

Kehittämistehtävän tavoitteena oli kehittää psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua työterveydessä ja tehtävänä oli myös selvittää ja kehittää työskentelymenetelmiä asiakkaiden hoidon tukemiseksi. Toimiva hoitopolku auttaa psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan nopeaa tilanteenselvittelyyn ja hoitoon pääsyä. Psyykkiseen kuormitukseen liittyvät asiat voidaan kokea jopa häpeällisinä, joten erityisen tärkeää koko kehittämisen prosessin ajan oli huomioida asian herkkyyttä ja koko prosessin ajan pyrittiin säilyttämään kunnioittava ote niin työterveyshuollon asiakasta kuin työntekijöitäkin kohtaan.

9.2 Kehittämisen prosessin ja tulosten arviointi

Alasoinin (2005) mukaan kehittämissuunnitelmien tavoitteet ja niiden saavuttaminen voidaan jakaa ensimmäisen ja toisen asteen tuloksiin. Ensimmäisen asteen tuloksina voidaan arvioida esimerkiksi parannuksia palveluihin ja toiminnan laatuun. Toisen asteen tavoitteiden toteutumisella voidaan arvioida ja mitata kehittämissuunnitelman todellista onnistumista. Toisen asteen tavoitteiden toteutuminen tuo hyötyä myös yrityksen sidosryhmille sekä muille työorganisaatioille. Käytännössä nämä näkyvät muun muassa tiedon jalostumisena osamiseksi tai laajemmin sovellettavissa olevina käytänteinä ja menetelminä laajemmalle organisaatiolle.

Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolun konkreettinen prosessikuvaus koettiin omassa työyksikössäni käyttökelpoiseksi työkaluksi. Työterveyshoitajat ottivat prosessikaavion käyttöönsä ja kokivat sen hyödyntävän heidän työskentelyään ensiksikin yhteisesti sovittujen periaatteiden ja toiseksi sen konkreettisuuden vuoksi. Hoitopolku prosessina alkaa asiakkaan yhteydenotosta työterveyteen. Ajanvarauksesta hänet pyritään ohjaa-

maan joko omalle vastuuhoitajalle tai sairaanhoitoa tekeväälle hoitajalle mahdollisimman nopealla aikataululla, viimeistään 3 päivän kuluessa. Hoitajan vastaanotolla tehdään huolellinen psyykkinen anamneesi ja tarvittavia muita selvityksiä, joiden perusteella tehdään jatko- suunnitelmat hoidon etene- miseksi. Tarvittaessa arviointi- ja tukikäyntejä voidaan jatkaa vastuuhoitajan vastaanotolla. Jos kyseessä on pidempää sairauslomaa tai esimerkiksi lääki- tystarpeen arviointia vaativa tilanne, asiakas ohjataan työterveyslääkärin vas- taanotolle. Prosessikuvauksessa mainituilla kriteereillä asiakas ohjautuu dep- ressihoitajalle tai työterveyspsykologille. Selkeät toimintakuvaukset lisäävät työterveyshoitajien varmuutta kohdata psyykkisesti kuormittunut työterveys- huoltoasiakas jopa aiempaa paremmin. Ensimmäisissä koulutustuokioissa käytiin läpi perusasiat psyykkisen anamneesin tekemiseen sekä unettomuus- den ja työuupumuksen selvittämiseksi sekä työkaluja hoidon tueksi. Lisäksi ratkaisukeskeisestä työtoteesta oli koottu perustietoa käytettäväksi. Joten myös kaivattua koulutuksellista tukeakin on jo pystytty antamaan hoitajille.

Prosessikuvausta on hyödynnetty myös uusien työterveyshuoltosopimusten tarjouskilpailussa osana kokonaisvaltaisen työterveyshuollon palveluprosessin esittämistä. Prosessikuvausta voidaan hyödyntää myös perehdytettäessä uu- sia työntekijöitä työhön. Hoidontarpeenarviointi puheluiden siirryttyä valtakun- nallisen puhelinalvelun hoidettavaksi voidaan hoitopolkuprosessikaavioita hyödyntää myös heidän kouluttamisessaan koskien psyykkisesti kuormittunei- den työterveyshuoltoasiakkaiden ajanvaraukseen liittyvää ohjeistusta.

Arvioitaessa kehittämistehtävän onnistumista kokonaisuudessaan, voidaan sanoa, että se toteutui lähes parhaalla mahdollisella tavalla. Tehtävää aloitet- taessa ja koko projektin ajan koko henkilöstö suhtautui siihen positiivisesti ja toiveikkaasti. Ohjausryhmään osallistujat valikoituivat vapaaehtoisuuteen pe- rustuen ja he kaikki kokivat kehittämistehtävän sekä tärkeäksi että mielenkiin- toiseksi. Hoitopolun määrittelyvaiheen palaverit sujuivat hyvin ja niissä saatiin tuotua esiin tarpeet ja toiveet hoitopolun suunnittelua varten. Palaverissa oli avoin ja luottamuksellinen ilmapiiri, joka takasi sen, että jokainen pystyi tuo- maan rehellisesti oman näkökantansa esiin. Koin erittäin helppoina määrittely- vaiheen tukena käytetyt yhteydenotot sekä yritysasiakkaan edustajaan että toisen työterveysyksikön ylilääkäriin ja olin tyytyväinen kehittämistehtävän

saamasta huomiosta sekä asiallisista ja rakentavista palautteista, joiden avulla sain hoitopolkua suunniteltua eteenpäin. Esiteltäessä valmista hoitopolkua koko työyhteisölle koin, että se oli heidän helpohko ottaa vastaan eikä sitä koettu vaikeaksi toteuttaa, koska hoitopolku myötäilee jo nykyisiä toimintamalleja, niitä on vain pyritty selventämään ja vahvistamaan. Opetukselliset diasarjat otettiin myös mielenkiinnolla vastaan ja niistä saatu tieto koettiin omaa osaamista vahvistavana.

Kehittämistehtävää ei pystytty toteuttamaan alkuperäisen suunnitelman mukaan, jossa oli tarkoitus ottaa hoitopolku käytäntöön asti kokeiltavaksi. Suunnitelman muutos täytyi tehdä niin työpaikan muutosten aiheuttamien paineiden kuin myös kehittämistehtävän tekijän omien tavoitteiden toteutumisen vuoksi. Olisi ollut työntekijöiden kannalta kohtuutonta odottaa, että he kaikkien muiden muutosten ohella, ottaisivat vielä uuden prosessin käyttöön syksyn aikana. Uskon, että osaltaan hoitopolku kuitenkin jäi jo elämään henkilöstön keskuudessa, kun se on heille esitelty. Kehittämistehtävän tekijänä toivoin, että saisin opintoni suoritettua syksyn aikana, johon liittyen oli ensiarvoisen tärkeää saada opinnäytetyö tehtyä. Mielestäni kehittämistehtävä kuitenkin täytti sille asetetut tavoitteet, eli suunniteltiin hoitopolku psyykkisesti kuormittuneelle työterveyshuoltoasiakkaalle sekä vahvistettiin sisäisiä prosesseja asiakkaiden hoidon etenemiseksi. Hoitopolun toteutuksen siirtäminen yrityksemme kehitystiimin tehtäväksi, palvelee uskoakseni myös koko yrityksen yhteisen hoitoketjun luomista, josta syystä toteutuksen siirto heille oli myös prosessien kehittämisen puolesta järkevää.

Koin kehittämistehtävän tekemisen erittäin mielenkiintoisena koko kehittämismatkan ajan. Palvelumuotoilu menetelmänä sopii erityisen hyvin tällaisten jo olemassa olevien palvelujen kehittämiseen. Menetelmä tarjoaa hyvin monipuolisia keinoja yhteistoiminnallisesti palvelun tarjoajan kanssa tehtävään yhteistyöhön. Palvelumuotoilu on prosessina selkeästi määritelty, joka helpottaa uusien palvelujen suunnittelussa tai kehitettäessä vanhoja palveluja paremmaksi. Ammatillisesti koen saaneeni vahvistusta erilaisten kehittämistehtävien tekemiseen myös jatkossa tämän opinnäytetyön jälkeen. Toimiminen ryhmien tai kehittämissiimien vetäjänä myös vahvistui. Vastuullisuus projektin eteenpäin viemisestä myös vahvistaa omaa ammatillista osaamista, tärkeänä koin

myös sen ymmärryksen vahvistumisen, että yhteistoiminnallisesti asioita saa järkevästi kehitettyä ja vietyä eteenpäin.

Psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua ja sen kehittämisprosessia esitellään Kymenlaakson työterveyshoitajien kokouksessa ja aiheesta on tarkoitus kirjoittaa artikkeli Työterveyshoitaja lehteen.

9.3 Jatkokehittämisehdotukset

Opinnäytetyössä kehitettiin psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoitopolkua Pihlajalinna Kymijoki Oy:ssä. Hoitopolun kehittämisessä huomioitiin työterveyshuollon ammattihenkilöiden sekä asiantuntijoiden toiveet palvelun kehittämisestä, lisäksi kartoitettiin asiakasyrityksen toiveita hoitopolun toteutuksesta sekä hyödynnettiin tiedon hankinnassa benchmarkkausta.

Hoitopolku ja siihen liittyvät koulutusmateriaalit esiteltiin työyhteisölle. Hoitopolun varsinainen käyttöönotto siirtyy yrityksemme kehittämistiimin tehtäväksi. Toivon, että tehty hoitopolkusuunnitelma koetaan hyödylliseksi ja sen pohjalta saadaan kehitettyä toimiva prosessi psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan hoidon suunnittelemiseksi sekä eteenpäinviemiseksi eri työterveysyksiköissä.

Mielenkiintoista olisi jatkaa hoitopolun kehittämistä selvittämällä minkälaista apua ja tukea psyykkisesti kuormittuneet työterveyshuoltoasiakkaat itse toivoisivat saavansa työterveydestä. Heiltä saatu tieto lisäksi avun sisällön rakentamisessa sekä antaisi tietoa mahdollisesti siitä, minkälaisessa vaiheessa apua olisi paras tarjota, ennen kuin esimerkiksi ongelmat ehtivät kasvaa liian isoiksi.

Työterveyshoitajien haastattelujen perusteella toivottiin lisäkoulutusta liittyen psyykkisesti kuormittuneen työterveyshuoltoasiakkaan kohtaamiseen sekä työkaluja erilaisten tilanteiden hoitamiseen. Tietoiskumaiset koulutusmateriaalit esiteltiin työyhteisölle, mutta jatkossa on hyödyllistä vahvistaa hoitajien osaamista kattavammilla koulutuksilla psyykkisiin kuormitustekijöihin ja auttamismenetelmiin liittyen.

LÄHTEET

Ahola, K. & Hakanen, J. 2007. Job strain, burnout, and depressive symptoms: a prospective study among dentists. Abstract. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17448543> [viitattu 31.3.2018].

Ahola, K., Toppinen-Tanner, S. & Seppänen, J. 2016. Vaikuttava työuupumusinterventio. Systemaattinen katsaus ja toimintaohjeita. Helsinki: Työterveyslaitos. Juvenes Print. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131651/Vaikuttava_ty%C3%B6uupumusinterventio.pdf?sequence=1 [viitattu 3.3.2018].

Ahola, K., Tuisku, K., ja Rossi, H. 2015. Työuupumus (burnout). Duodecim Terveyskirjasto. Päivitetty 29.6.2018. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681 [viitattu 3.3.2018].

Ahola, K., Väänänen, A., Vahtera, J. & Kivimäki, M. 2011. Psykososiaaliset työolot. Teoksessa Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Tallinna Raamatutrükikoda, 159.

Alanko, E. 2012. Alkuopettajien yksilöllinen stressin kokemus. Jyväskylän yliopisto. Opettajankoulutuslaitos. Kasvatustieteen pro gradu tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40527/URN:NBN:fi:juu-201212043297.pdf?sequence=1> [viitattu 18.3.2018].

Alasoini, T. 2005. Työelämännovaatiot tutkimusavusteisen ja ohjelmallisen kehittämisen kohteena. Työelämän kehittämisohjelman kaksinaisesta luonteesta. Teoksessa Alasoini, T., Ramstad, E. & Rouhiainen, N. Työelämän kehittämisohjelma kehittyvänä toimintana. Tuloksia, haasteita, mahdollisuuksia. Työelämän kehittämisohjelman raportteja 40. Helsinki. Työministeriö, 39—42.

Arantola, H. & Simonen, K. 2009. Palvelemisesta palveluliiketoimintaan – asiakasymmärrys palveluliiketoiminnan perustana. Tekesin katsaus 256/2009.

Depressio. 2016. Käypä hoito -suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50023#s15> Viitattu: [11.2.2018].

Eläketurvakeskuksen tilastoja 2017. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.etk.fi/wp-content/uploads/tilasto-suomen-elakkeensaajista-2016.pdf> [viitattu 3.2.2018].

Haanpää, N. 2013. Mielenterveydenhäiriöt kuntoutustarpeen aiheuttajine – case työeläkeyhtiö Varma. Tampereen yliopisto. Johtamiskorkeakoulu. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84646/gradu06773.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 7.4.2018].

Haaramo, P. 2014. Insomnia, ill health and work disability. A longitudinal study among employees. Akateeminen väitöskirja. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/44714/haaramo_dissertation.pdf?sequence=1 [viitattu 7.4.2018].

Hakanen, J. 2005. Työuupumuksesta työn imuun. Työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Psykologia 4 (2005) 6.artikkeli. PDF-dokumentti. <http://elektra.helsinki.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/se/p/0355-1067/40/4/tyouupum.pdf> [viitattu 31.3.2018].

Holopainen, J., Laine, R. & Pietiläinen, S. 2001. Benchmarking-opas. Opi hyviltä esikuvilta! Helsinki. Laatuokeskus.

Honkavaara, J. & Kleemola, J. 2015. SAdE – Parhaat käytännöt asiakaslähteisessä palveluiden kehittämisessä. Valtiovarainministeriön projektijulkaisu. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://vm.fi/documents/10623/345066/HMV+Parhaat+k%C3%A4yt%C3%A4nn%C3%B6t+pp-dia/791495b4-612e-48c2-a9a6-60f48c2d4787> [viitattu 6.3.2018].

Honkonen, T. & Pasternack, I. 2008. Itseraportoitujen psykososiaalisten työolotekijöiden yhteys masennustiloihin. Näytönastekatsaus. Duodecim Käypä hoito. WWW-dokumentti. Päivitetty 16.10.2008. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak06715> [viitattu 30.3.2018].

Husman, K. 2010. Suomalaisen työterveyshuollon kehitys. Teoksessa Antti-Poika, Martimo & Utti (toim.) Työstä terveyttä. Porvoo. WS Bookwell Oy.

Huttunen, M. 2016. Masennustilat eli depressiot. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.9.2017. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00538 [viitattu 11.2.2018].

Huttunen, M. 2017. Unettomuus. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. Päivitetty 10.9.2017. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534 [viitattu 25.3.2018].

Innokylä 2018. WWW-sivusto. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/> [viitattu 4.4.2018].

Isometsä, E. 2008. Masennushäiriöt. Teoksessa Lönnqvist, J., Heikkinen, M., Henriksson, M., Marttunen, M. ja Partonen, T. (toim.) Psykiatria 5.—6. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Jokinen, K. 2016. Työterveyshuolto työhyvinvoinnin ja terveyden edistäjänä asiakasyrityksen työntekijöiden näkökulmasta. Hämeen ammattikorkeakoulu. Visamäen korkeakoulukeskus, Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. Saatavissa: www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/116675/Jokinen_Kati.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 3.5.2018].

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Duodecim Käypä hoito-suositus. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=nix02109> [viitattu 7.4.2018].

Kaikkonen, H. 2007. Esiopettajan työstressi ja selviytymiskeinot. Jyväskylän yliopisto. Opettajan koulutuslaitos. Kasvatustieteen pro gradu - tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10624/URN_NBN_fi_jyu-2007641.pdf?sequence=1 [viitattu 24.3.2018].

Kananen, J. 2014. Etnografinen tutkimus. Miten kirjoitan etnografisen opinnäytetyön? Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print

Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S. Viluksela, M., Virtanen, S. 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Tampere. Tammerprint Oy. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2016/11/tyo-ja-terveys-suomessa-2012.pdf> [viitattu 3.2.2018].

Kylmä, J & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lairio, M., Puukari, S. & Nissilä, P. 2001. Ohjauksen teoreettinen perusta. Teoksessa Lairio, M. & Puukari, S. (toim.). Muutoksista mahdollisuuksiin. Ohjauksen uutta identiteettiä etsimässä. Jyväskylä. Koulutuksen tutkimuslaitos, 41-67.

Lappalainen, K., Aminoff, M., Hakulinen, H., Hirvonen, M., Räsänen, K. Sauni, R. & Stengård J. 2016. Työterveyshuolto Suomessa 2015 ja kehitystrendi 2000—2015. Työterveyslaitos. Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print. PDF-dokumentti. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/131293/Ty%C3%B6terveyshuolto_Suomessa_vuonna_2015.pdf [Viitattu: 11.2.2018].

Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, K. 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Helsinki: Vammalan Kirjapaino Oy.

Martimo, K. Antti-Poika, M & Uitti, J. (toim.). 2010. Työstä terveyttä. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Melartin, T. 2004. Comorbidity, outcome and treatment of DSM-IV major depressive disorder in psychiatric care. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78050/2004a20.pdf?sequence=1> [viitattu 7.4.2018].

Miettinen, S. (toim.) 2011. Palvelumuotoilu – uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Helsinki: Tammerprint Oy,

Mähönen, E. 2017. Työolobarometri. Syksy 2016. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja 34/2017. Valtioneuvoston hallintoyksikkö, Julkaisutuotanto Helsinki. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80549/TEMrap_34_2017_verkkojulkaisu.pdf [viitattu 1.2.2018].

Nieminen, T., Paavilainen, E., Nikki, L. & Kylmä, J. 2016. Työterveyshoitajien kokemuksia työikäisten mielenterveyden edistämisestä työterveyshuollossa. *Hoitotiede* 1, 50—61 2016. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://kaakuri.finna.fi> [viitattu 21.7.2018].

Nyholm, M. 2015. Terveysuunnitelmien laatiminen ja dokumentointi työterveyshoitajien toteuttamissa terveystarkastuksissa. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden opettajakoulutus. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150773/urn_nbn_fi_uef-20150773.pdf [viitattu: 7.4.2018].

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2014. Kehittämistyön menetelmät, uudenlaista osaamista liiketoimintaan. 3. painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Ollila, M. 2017. Palautumisen ja hoivavelvoitteiden yhteys työssä koettuun innostukseen ja uupumukseen eri-ikäisillä työntekijöillä. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/54466/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201706142849.pdf?sequence=1> [viitattu 2.4.2018].

Palmgren, H., Jalonen, P., Kaleva, S. & Tuomi, K. 2012. Vaikuttava TANO-toiminta. Vertailututkimus työterveyshuollon tietojen antamisesta, neuvonnasta ja ohjauksesta (TANO) asiakasyrityksessä. Edita Prima Oy. Helsinki: WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/134979/TANO-vertailututkimus%202012.pdf?sequence=1> [viitattu 11.2.2018].

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy

Peränen, N. 2013. Innopajaopas kehittäjälle. Innokylä. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/documents/10162/7a938af7-2eb7-45f6-9165-c1eebe8bbbb3> [viitattu 4.4.2018].

Raiskila, T. 2016. Effects of Rehabilitation in First episode Depression among Occupational Health Care Clients. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/98780/978-952-03-0091-3.pdf?sequence=1> [viitattu 2.9.2018].

Riikonen, E. 2000. Henkinen hyvinvointi, voimanlähteet, kuntoutuminen. Teoksessa Onnismaa, J. Pasanen, H. & Spangar, T. (toim.) Ohjaus ammattina ja tieteenalana osa I. Jyväskylä. PS-kustannus, 45-60.

- Risku, M. 2017. Irti uupumuksen kierteestä. Työuupumuksesta toipuminen ja työkyvyn palautuminen kuntoutuskertomuksissa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101007/GRADU-1493739360.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 31.3.2018].
- Ruth, K. 2008. Työuupumus psykososiaalisten työolotekijöiden ja varhaiseläkeajatusten välittäjänä kuntoutusasiakkaiden keskuudessa. Jyväskylän yliopisto. Psykologian laitos. Psykologian pro gradu -tutkielma. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/1941> [viitattu 31.3.2018].
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006. Verkkojulkaisu. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. Saatavissa: <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus> [Viitattu 4.6.2018].
- Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Työyhteisö uusille urille: kehittämisen osaksi arjen työtä. Jyväskylä. PS-kustannus.
- Seuri, M. 2013. Työterveys 2.0. Järjestelmämme on muututtava. Jyväskylä: Saarijärven Offset Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Työterveyshuollon tulevaisuuden haasteena ovat työkyvyn edistäminen ja työkyvyttömyyden ehkäisy. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 12/2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://stm.fi/artikkeli/-/asset_publisher/tyoterveyshuollon-tulevaisuuden-haasteena-ovat-tyokyvyn-edistaminen-ja-tyokyvyttomyyden-ehkaisy [viitattu 11.3.2018].
- Suri, J. 2003. Emphatic design: Informed and inspired of other people's experience. Teoksessa: Koskinen, I., Mattelmäki, T. ja Batterbee, K. (toim.) Emphatic design. User Experience in Product Design. E-kirja. Saatavissa: http://www2.uiah.fi/~ikoskine/recent_books/EmphaticDesign/Emphatic_design.pdf [viitattu 3.6.2018].
- Tekemättömän työn vuosikatsaus 2017. Terveystalo. PDF-dokumentti. Saatavissa: <https://www.terveystalo.com/Global/tth/Te-kem%C3%A4tt%C3%B6m%C3%A4n%20ty%C3%B6n%20vuosikatsauksen%20tulosraportti%20%2012102017.pdf> [viitattu 3.2.2018].
- Terveystalolaki 30.12.1326/2010 24 § 3mom.
- Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Työelämäryhmä. 2010. Ehdotuksia työurien pidentämiseksi. Työelämäryhmän loppuraportti. Saatavissa: https://www.etk.fi/wp-content/uploads/ty%C3%B6el%C3%A4m%C3%A4ryhm%C3%A4n_loppuraportti.pdf [viitattu 25.3.2018].
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.
- Työturvallisuuslaki 23.8.2002.

Uitti, J. 2011. Miten työterveyshuolto on vaikuttavaa. Tampere talo Punk-seminaarin diasarja. Kuntoutussäätiö. Saatavissa: https://kuntoutussaatio.fi/files/670/tyoterveyden_vaikuttavuus_171111.pdf [viitattu 25.3.2018].

Uitti, J. 2014. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos. Jyväskylä: Saarijärven Offset Oy.

Uitti, J., Sauni, R. & Leino, T. 2007. Työterveyshuollon vaikuttavuus asiakkaiden näkökulmasta. Duodecim 123, 723 - 30. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.xamk.fi:2048/xmedia/duo/duo96356.pdf> [viitattu 25.3.2018].

Unettomuus. 2018. Käypähoitosuositus. Päivitetty 22.3.2018. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50067> [viitattu 25.3.2018].

Van der Doef, M. & Maes, S. 2010. The Job Demand-Control (-Support) Model and psychological well-being: A review of 20 years of empirical research. An International Journal of Work, Health & Organisations 2, 87-114. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/026783799296084> [viitattu 30.3.2018].

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva. Wsoy. 26-34.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Tammi.

Virkkunen, J. 2013. Koettu kiire, työn hallinnan mahdollisuudet ja uupumus tietotyössä. Tampereen yliopisto. Yhteiskunta- ja kulttuuritieteiden yksikkö. Sosiaalipolitiikan pro gradu -tutkielma. PDF-dokumentti. Saatavissa: <http://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84981/gradu07034.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 31.3.2018].

Liite 1/1.

PROJEKTIN ALOITUS/alustava keskustelu 20.3.18, paikalla dep.hoitaja, tti
sekä 22.3.18 palvelupäällikkö

BRIEF

PALVELUN AJATELTU KOHDERYHMÄ: kohderyhmänä käsitetään työter-
veyshuollon ammattihenkilöt – sekä asiantuntijat

MIHIN ASIAKASTARPEESEEN PALVELU PYRKII VASTAAMAAN?

- asiakkaalla tarkoitetaan psyykkisesti kuormittunutta työterveyshuolto-
asiakasta
- tavoitteena on kehittää hoitopolkua siten, että ko. asiakas saa oikea-ai-
kaisesti oikeanlaista hoitoa/palvelua

PALVELUNTUOTTAJAN LIIKETOIMINNALLISET TAI MUUT TAVOITTEET:

- kustannustehokkaasti tuottaa oikeanlaisia palveluita oikea-aikaisesti
- priorisoida ja kohdentaa käytettävissä olevia resursseja mahdollisim-
man tehokkaasti

SUUNNITTELUKYÖN TAVOITTEET

- luoda kuva tämänhetkisestä tilanteesta psyykkisesti kuormittuneen asi-
akkaan hoitopolusta
- kartoittaa työryhmän ajatuksia ja toiveita kehitettävästä toimintamallista

PALVELUN ENSI- JA TOISSIJAISET KOHDERYHMÄT

- työterveyshoitajat
- depressiohoitaja
- työterveyspsykologi

Liite 1/2

OLEMASSA OLEVA TIETO KOHDERYHMÄSTÄ

- psyykkisesti eri lailla kuormittuneita henkilöitä on paljon
- em. henkilöt ohjautuvat tällä hetkellä matalalla kynnyksellä mm. psykologin vastaanotolle, dep.hoitajan vo vaatii lääkärin lähetteen; hieman rajaa näitä aikoja
- ajat näille asiantuntijoille menevät usean viikon päähän, ensikontakti tehdään kuitenkin nopeasti puhelimitse
- osa näistä henkilöistä ja heidän tuestaan pystyttäisiin järjestämään myös oman vastuuhoitajan vo:lla

PALVELUN LIIKETOIMINNALLISET TAVOITTEET

- vapauttaa psykologin aikaa enemmän ennalta ehkäisevään työyhteisötyöhön
 -) vähentäisi mahdollisesti käyntejä vastaanotolla
- tth:n luona kävijöiden lisääntyminen?
- hyvän yrityskuvan luominen; oikea-aikaisten asioiden tekeminen; yritysasiakkaan "rahojen säästyminen"

YLEISKUVA PROJEKTISTA

- suhtautuminen projektiin on myönteistä kaikissa ammattiryhmissä
- projekti etenee kevään ja kesän aikana
- tavoitteena loppukesästä saada hoitopolku "koekäyttöön"
- luodaan toimintaohje kolmelle tasolle:
 - o perustaso
 - o asiantuntijataso
 - o erikoissairaanhoidon taso

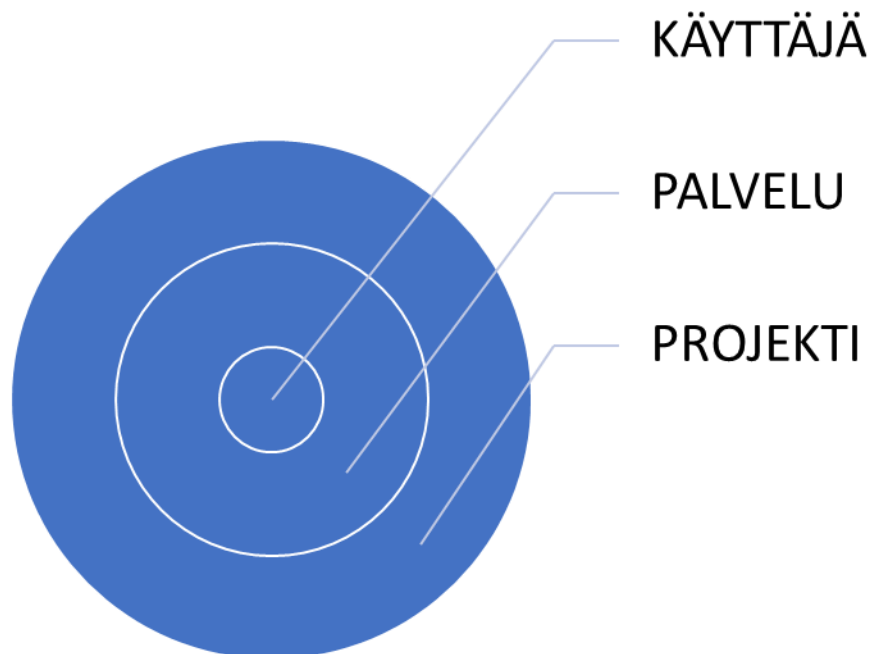
Liite 2.

TAVOITEKARTOITUS

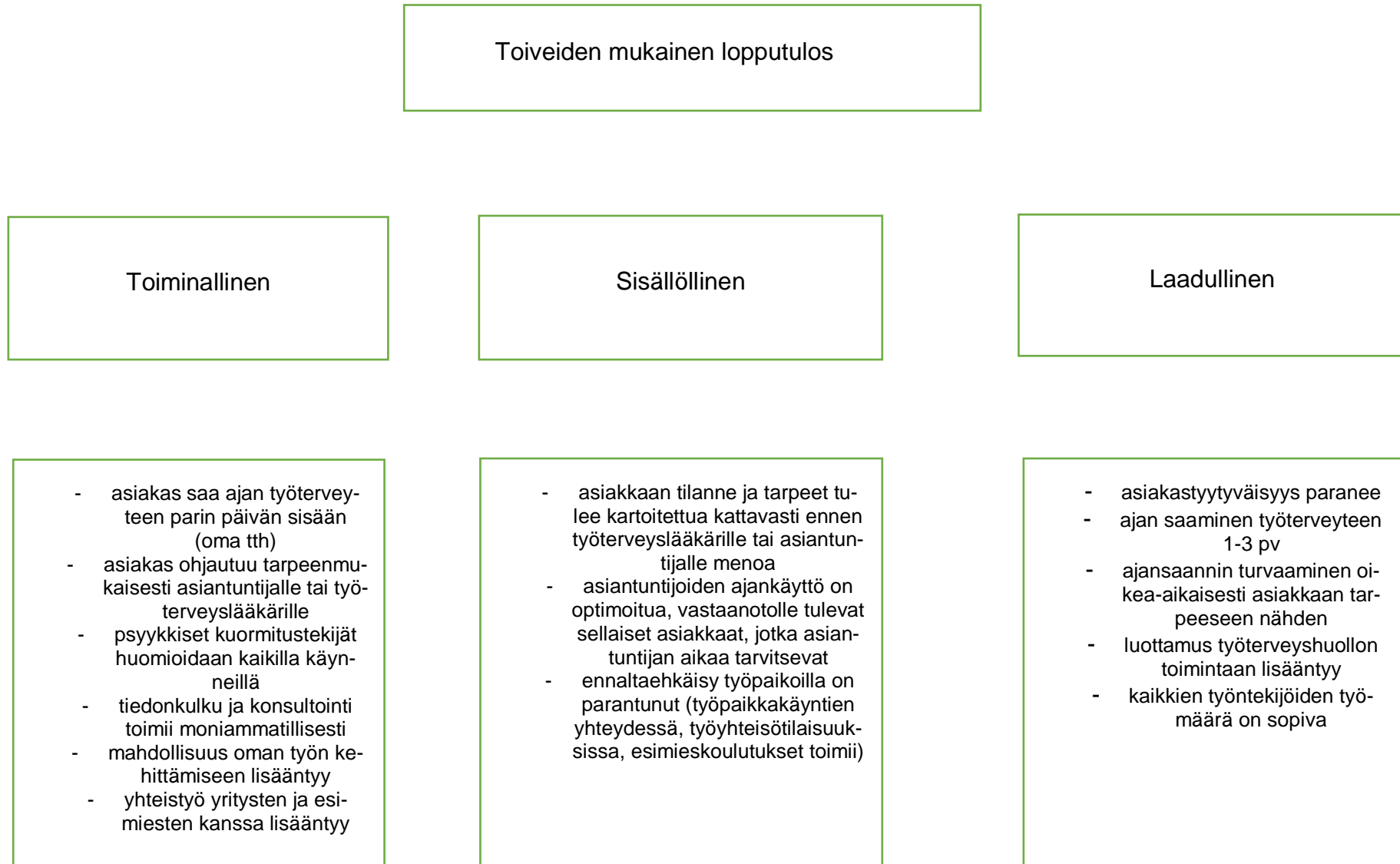
SISIN YMPYRÄ: TOIVEIDEN MUKAINEN LOPPUTULOS KÄYTTÄJÄN (TTH AMMATTIHENKILÖ/ASiantuntija) KANNALTA

TOINENYMPYRÄ: MILLAISIA KONKREETTISIA VAIKUTUKSIA PALVELULTA (HOITOPOLKU) VAADITAAN, JOTTA TOIVEIDEN MUKAISEEN LOPPUTULOKSEEN PÄÄSTÄÄN

ULOIN YMPYRÄ: MILLAISIIIN PÄÄMÄÄRIIN PÄÄSEMISTÄ PROJEKTILTA EDELLYTETÄÄN, JOTTA PALVELULTA VAADITUT VAIKUTUKSET SAADAAN AIKAAN



Liite 3/1. TAVOITEKARTOITUKSEN KOOSTE



Palvelun konkreettiset vaikutukset

Toiminnallinen

- tiedonsaanti ja koulutus hoitajille toimintatavoista ja menetelmistä psyykkisesti kuormittuneen asiakkaan hoidossa
- asiakkaan oikea ohjautuminen vähentää edestakaista ajanvarausta lääkäriltä hoitajalle, oikeisiin asioihin panostaminen paranee
- työkalentereiden rakentaminen siten, että aikoja pystyy antamaan
- moniammatillisen tiimin merkitys, tiimiajat
- hoitopolun sisäistäminen ajanvarauksessa

Sisällöllinen

- ammattiryhmien roolit ja tehtävät selvillä
- kriteerit mietittynä, joilla ohjataan asiantuntijoille, työterveyslääkärille tai erikoissairaanhoidon
- yhteistyö työpaikkojen ja esimiesten kanssa toimii
- luottamus jokaisen työntekijän ammattitaitoon on kasvanut kaikissa ammattiryhmissä

Laadullinen

- henkilöstöllä riittävä osaaminen hoitaa psyykkisesti kuormittunutta asiakasta
- rohkeus ja sitoutuneisuus on lisääntynyt
- asiakkaat ohjautuvat tarpeenmukaisesti oikeille ajoille ja työntekijöille
- työpsykologeilla on aikaa ennaltaehkäisevään työyhteisötyöhön

Projektin päämäärät

Toiminnallinen

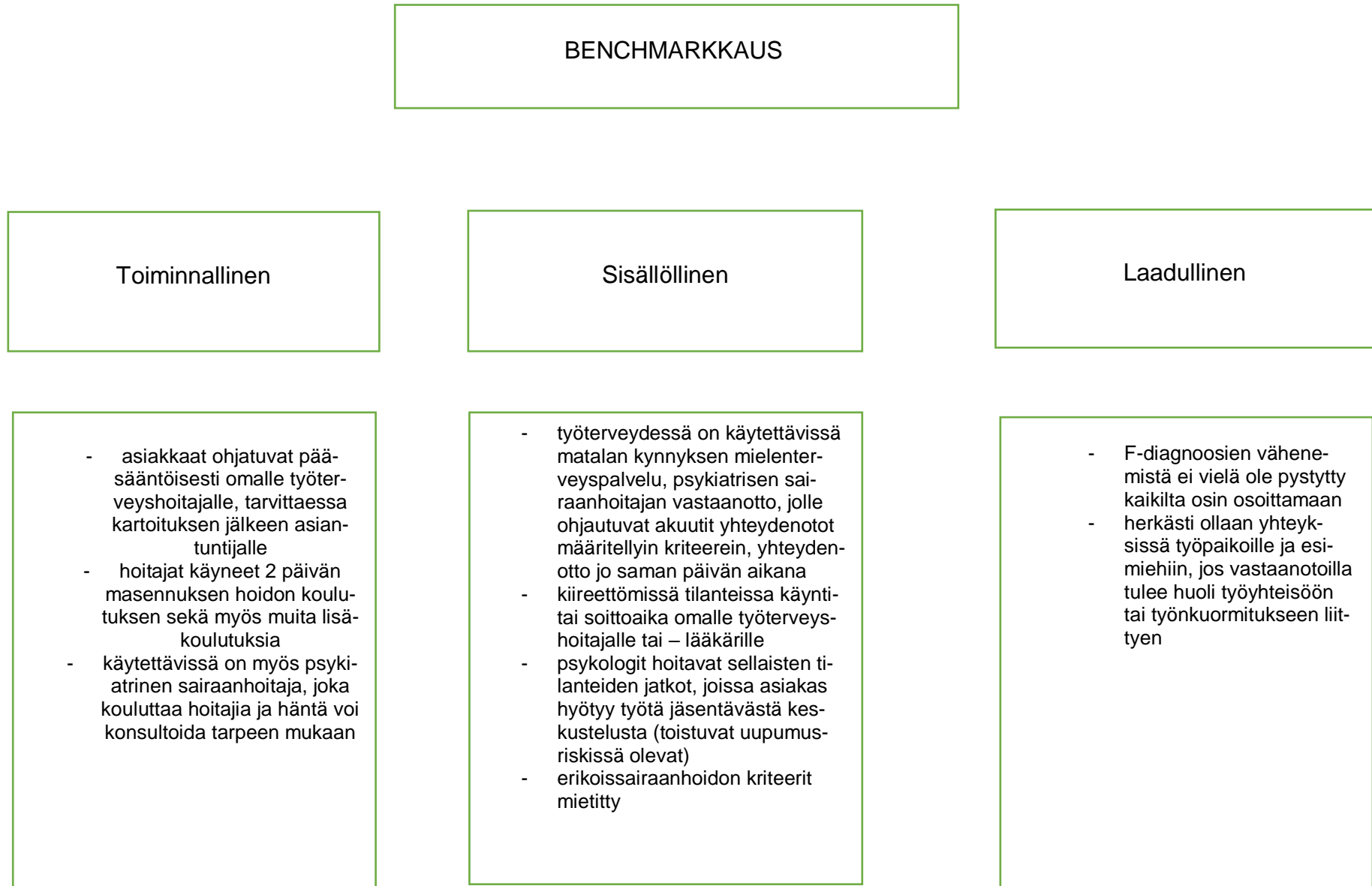
- projektin suunnittelu ja toteutus yhdessä ohjausryhmän kanssa
- henkilöstön koulutus
- avoin keskustelu projektista ja sen etenemisestä

Sisällöllinen

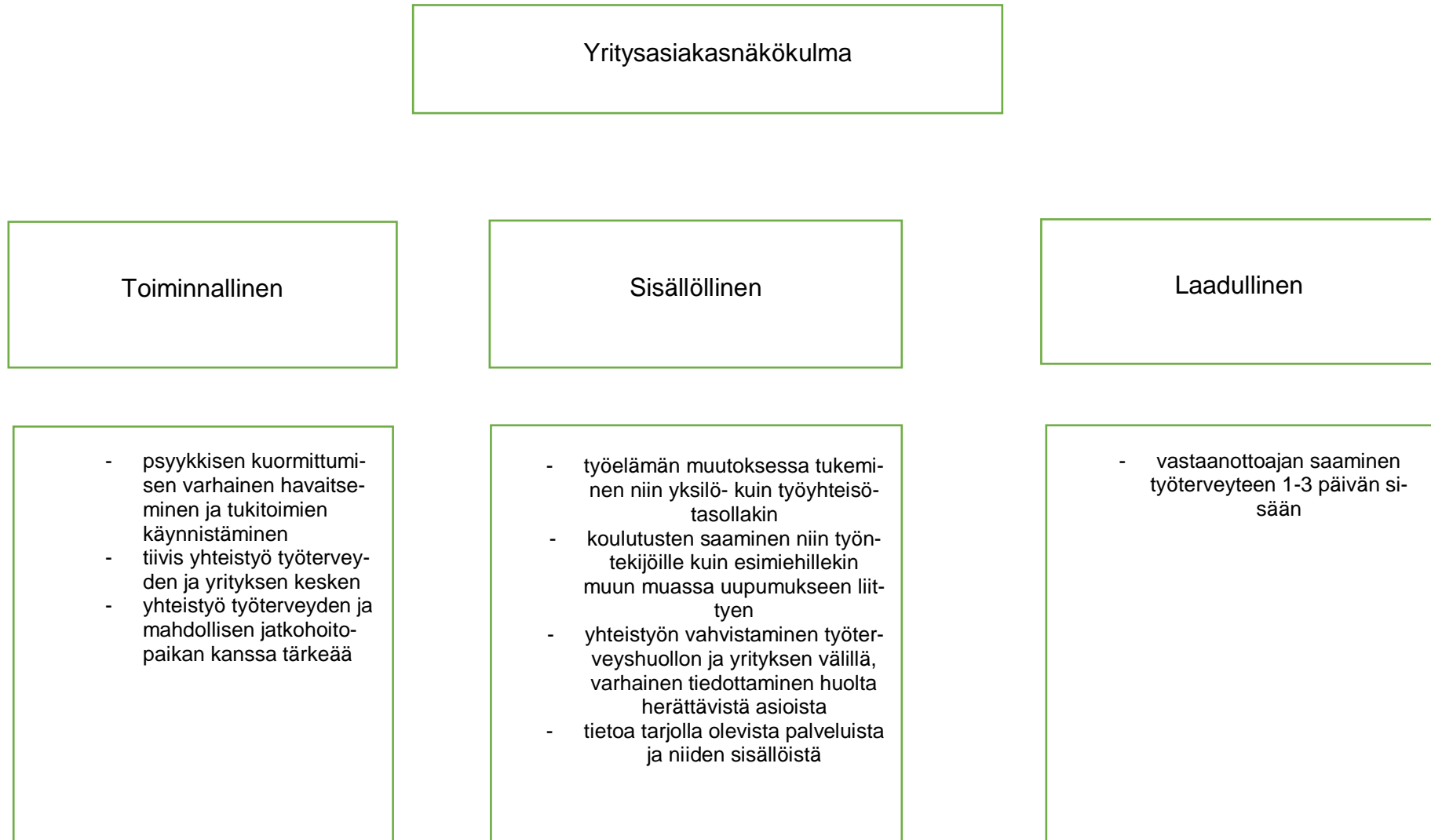
- hoitopolun tarkoituksen määrittely
- yhteiset tavoitteet sekä hoitopolun konkreettinen rakentaminen yhteistyössä
- riittävien resurssien huomiointi

Laadullinen

- avoin käsittely
- yhteinen päämäärä
- onnistumisten kokemusten ja rohkeuden lisääntyminen



Liite 5.



Liite 6.

TEEMAT REFLEKTOIVIIN HAASTATTELUIHIN:

MILLAISIN MENETELMIN PSYYKKISESTI KUORMITTUNUTTA ASIAKASTA VOIDAAN AUTTAA?

KRITEETIT ASIAANTUNTIJAN VO:LLE?

KRITEERIT ERIKOISSAIRAANHOITON?

MINKÄLAISTA TIETOA TAI OHJEISTUSTA KOET TARVITSEVASI PSYYKKISESSTI KUORMITTUNEEN ASIAKKAAN KOHTAAMISESSA


**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**
OPISKELIJA

Opiskelijanumero 1704769	Viralliset etunimet MARI ANNELI
Sukunimi JÄRVISALO	
Lähiosoite 1	
Sähköposti omako090@edu.xamk.fi	
Toimipiste ja koulutusohjelma KOUVOLA/KOTKA TERVEYDEN EDISTÄMISEN KOULUTUS XAMK	
Suuntautumisvaihtoehto ja ryhmätunnus SOSIAALI- JA TERVEYSALAN YLEMPI AMMATTIKORKEAKOULU - TUTKINTO	

TOIMEKSIANTAJA

Toimeksiantaja ja yritys/yhteisö Pihlajalinna Kymijoki Oy	Yrityksen/yhteisön yhteyshenkilö HANNA HELANEN-PÖNTINEN
Lähiosoite Koulukatu 21	Postinumero ja -toimipaikka 48100 Kotka
Sähköposti etunimi.sukunimi@kymtt.fi	Puhelin 020 6310 000

OPINNÄYTETYÖN HANKKEISTUS

<input type="checkbox"/>	Toimeksiantaja maksaa opinnäytetyöstä opiskelijalle tai Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoululle korvauksen, josta on kirjallisesti sovittu ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/>	Opinnäytetyöllä on toimeksiantajan puolelta nimetty ohjaaja ennen opinnäytetyön aloittamista.
<input checked="" type="checkbox"/>	Toimeksiantajan tarkoituksena on alusta lähtien hyödyntää opinnäytetyön tuloksia toiminnassaan.

OPINNÄYTETYÖN OHJAUS

Ohjaava(t) opettaja(t) MARJA-LEENA KAUKONEN
Sähköposti marja-leena.kaukonen@xamk.fi
Yrityksen/yhteisön ohjaaja(t) Hanna Helanen-Pöntinen
Sähköposti hanna.helanen-pontinen@kymtt.fi



Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu

OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyön aihe (max. 200 merkkiä) PSYKKISESTI KUORMITTUNEEN TYÖTERVEYSHUOLTOASIAKKAAN HOITOPOLUN KEHITTÄMINEN PALVELUWUOTOILUN KEINOSIN	
Kehittämisen- tai tukimustavoite ja toimeksianto (max. 300 merkkiä) KEHITTÄÄ PSYKKISESTI KUORMITTUNEEN TYÖTERVEYSHUOLTOASIAKKAAN HOITOPOLKUA KEHITTÄÄ TOIMINTAPROSESSIA OIKEAAN Aikaan TAPAHTUVAAN KULTTUURIN TUEN ANTAMISEEN ASIAKKAALLE	
Keskeiset menetelmät (max. 300 merkkiä) PALVELUWUOTOILU; INNOVAATIO (TAVOITEKARTOITUS), BENCHMARKING REFLEKTOIVAT Keskustelut + HAVALINNOINTI, EMPAATTINEN SUUNNITTELU	
Opinnäytetyön aloitus Joulukuun 2017	Opinnäytetyön luovutus toimeksiantajalle Joulukuun 2018
Opinnäytetyö täyttää Tilastokeskuksen T & K määritelmän *) <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	

*) T & K määritelmän saa opintotoimistosta tai Internetistä,
<http://www.tilastokeskus.fi/tit/tkke/kas.html>

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

<p>Opinnäytetyön ohjaus ja vastuu Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun vastuu rajoittuu opinnäytetyön tavanomaiseen ohjaukseen. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta. Ongelmatapauksissa sopimuksen ehtoista voidaan neuvotella uudelleen ja tarvittaessa purkaa sopimus.</p> <p>Oikeudet tuloksiin ja muuhun opinnäytetyöhön liittyvään aineistoon, laitteisiin ja sovelluksiin. Tekijänoikeus ja omistusoikeus opinnäytetyön tuloksiin kuuluvat opinnäytetyön tekijälle. Toimeksiantaja saa käyttöoikeuden opinnäytetyön tuloksiin ja niiden kaupalliseen hyödyntämiseen ainoastaan sopimalla niistä erikseen opinnäytetyön tekijän kanssa. Opinnäytetyön tekijä on velvollinen raportoimaan opinnäytetyön tulokset toimeksiantajalle.</p>	<p>Tulosten julkaiseminen ja luottamuksellisuus Opinnäytetyö on kokonaisuudessaan julkinen. Mikäli opinnäytetyö sisältää liikesalaisuuksia tai muita julkisuustalossa salassa pidettäviksi määrättyjä tietoja, on opinnäytetyön raportti laadittava niin, että tietojen luottamuksellisuus säilyy. Tarvittaessa salassa pidettävät tiedot on jätettävä työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyö voidaan julkaista myös Internetissä.</p> <p>Opinnäytetyön osapuolet (opiskelija, toimeksiantaja ja opinnäytetyön ohjaaja) sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat sekä pidättäytymään käyttämästä hyväkseen toisen osapuolen ilmaisemia luottamuksellisia tietoja ilman erillistä lupaa.</p> <p>Opinnäytetyön kustannukset ja niiden korvaaminen Opinnäytetyöstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten (ml. aineistojen hankinta, raaka-aineet, matkat, työkorvaus jne.) korvaamisesta sopivat toimeksiantaja ja opiskelija keskenään. Pääsääntöisesti Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulu ei vastaa yksittäisen opinnäytetyön kustannusten korvaamisesta.</p>
---	---

Olemme yhteisesti sopineet opinnäytetyön toteutuksesta ja ohjauksesta yllä sovitulla tavalla.

ALLEKIRJOITUKSET

PAIKKA, PÄIVÄYS JA TOIMEKSIANTAJAN EDUSTAJAN ALLEKIRJOITUS Kotka 26, 3 2018 [Signature]
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OPISKELIJAN ALLEKIRJOITUS Kotka 26, 3 2018 Mari Järvisalo
PAIKKA, PÄIVÄYS JA OHJAAVAN OPETTAJAN ALLEKIRJOITUS Kouvola 18, 4 2018 Marja-Leena Kauranen

Tämä sopimus on kirjoitettu kolmena kappaleena, yksi toimeksiantajayritykselle, toinen opiskelijalle ja kolmas opintotoimistoon rekisteröintä varten.