

## Mielenterveystalo

Avoin verkkopalvelu sosiaali- ja terveysalan  
ammattilaisten työssä

LAHDEN  
AMMATTIKORKEAKOULU  
Sosiaali- ja terveysala  
Sosiaali- ja terveysalan kehittämi-  
nen ja johtaminen  
Opinnäytetyö ylempi AMK  
Kevät 2016  
Hanne Ketonen

Lahden ammattikorkeakoulu  
Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto

KETONEN, HANNE:

Mielenterveystalo  
Avoin verkkopalvelu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä

Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen opinnäytetyö, 85 sivua, 34 liitesivua

Kevät 2016

TIIVISTELMÄ

---

Tämän kehittämishankkeen aiheena oli Mielenterveystalo-nettiportaalin käyttö ja hyödyntäminen sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä. Mielenterveystalo on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tuottama verkkopalvelu, joka tarjoaa mielenterveyteen liittyvää sisältöä sekä asiakas- että ammattilaiskäyttöön. Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke suunniteltiin Mielenterveystalolle ja sen toimeksiantaja oli HUS. Työ rakentuu teoriapohjasta, kyselytutkimuksesta ja kokonaisuudesta johdetuista kehittämissuunnitelmista.

Tavoitteena oli tuottaa Mielenterveystalolle tietoa verkkopalvelua käyttävien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten käyttökokemuksista, sekä kehittämissuunnitelmia siitä miten portaalin ammattilaiskäyttöä voitaisiin tehostaa. Hankkeen tarkoituksena oli edistää Mielenterveystalon käytettävyyttä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työvälineenä.

Kehittämishankkeessa nousi esille se, että Mielenterveystaloa käyttävät eri-ikäiset ammattilaiset toimialasta, työpaikasta ja ammattitaustasta riippumatta. Avointa verkkopalvelua hyödynnettiin sekä oman oppimisen tukena että välittömässä potilashoitotyössä. Osa ammattilaisista hyödynsi Mielenterveystaloa työssään aktiivisesti ja monipuolisesti, osa satunnaisesti ja epävarmemmin. Tulosten ja tietoperustan avulla luotiin kehittämissuunnitelmia ammattilaiskäytön tehostamiseksi. Kehittämisen teemoiksi nousivat käytettävyyden ja hyödyntämisen helpottaminen, jalkauttamisen ja tiedottamisen tehostaminen sekä systemaattisen hyödyntämisen lisääminen. Hankkeen kehittämissuunnitelmilla voidaan tehostaa Mielenterveystalon käyttöä osana laadukasta päihde- ja mielenterveystyötä.

Asiasanat: Sähköiset terveystalot, verkkopalvelut, päihde- ja mielenterveystalot, käytettävyys.

Lahti University of Applied Sciences  
Master's Degree Programme in Social and Health Care Development and  
Management

KETONEN, HANNE:

Mielenterveystalo (Mentalhub)  
Open network service in social and  
health care professional's work

Master's Thesis in Social and Health Care Development and Management

85 pages, 34 of appendices

Spring 2016

ABSTRACT

---

The subject of this research-development project was to find out how Social and Health care professionals utilize Mielenterveystalo (Mentalhub) web portal as part of their work. Mielenterveystalo is a network service provided by HUS - The Hospital District of Helsinki and Uusimaa region. It offers content about mental health for customer and professional use. This research development project is designed for Mielenterveystalo and it is assigned by HUS. The project consists of theory, a survey and development proposals.

The objective of the project was to provide information about the user experiences of Mielenterveystalo of social and health care professionals. The objective was also to provide development proposals about the ways to improve the use of the web portal by professionals. The purpose of this project was to promote and enhance the usability of Mielenterveystalo as a working tool for social and health care professionals.

The development project pointed out that professionals use Mielenterveystalo in their work despite of their industry, work place or professional background. Open network service was used to support their own learning and in direct patient care. Some of the professionals used Mielenterveystalo in their job in an active and versatile way. Some professionals used it more occasionally and in a more uncertain way. The results and the knowledge base created development proposals to enhance the professional use of Mielenterveystalo. The development themes were: to ease usability and utilization, to intensify information and implementation and to increase the systematic use of the portal. The development proposals given here can increase the use of Mielenterveystalo as a part of a high-quality mental health and substance abuse work.

Key words: eHealth, network services, mental health and substance abuse services, usability.

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT	3
2.1	Hankkeen kohde	3
2.2	Tavoite ja tarkoitus	4
3	TIETOPERUSTA	6
3.1	Sähköiset terveyspalvelut	6
3.2	Sähköisten terveyspalveluiden kansainvälisiä ja kansallisia hankkeita	8
3.3	Sähköiset terveyspalvelut sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa	10
3.4	Sähköiset terveyspalvelut päihde- ja mielenterveyspalveluissa	14
3.5	Sähköiset terveyspalvelut sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä	16
3.6	Sähköisten palvelujen käytettävyys ja käyttäjälähtöisyys	19
4	TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS	26
4.1	Kehittämishankkeen eteneminen	26
4.2	Käyttäjätutkimus	27
4.3	Verkkokysely	28
4.4	Kyselyaineiston kerääminen	30
4.5	Aineiston analyysitavat	32
5	KYSELYN TULOKSET	34
5.1	Taustatiedot	34
5.2	Palvelun käytettävyyden ja sisällön arviointi	37
5.3	Palvelun hyödyt ja käyttäjäkokemukset osana potilastyötä	41
5.4	Palvelun kehittämissuhteet	47
6	AINEISTON TARKASTELUA	51
6.1	Tuloksista analyysiin ja vuoropuheluun	51
6.2	Mielenterveystaloa käyttävä ammattilainen	51
6.3	Mielenterveystalon käytettävyys	54
6.4	Mielenterveystalon sisältö ja hyöty	58
6.5	Ammattilainen, potilas ja Mielenterveystalo	64
6.6	Tiedosta kehittämiseen	66

7	HUOMIOT JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	69
7.1	Käyttäjätutkimuksesta käytäntöön	69
7.2	Käytettävyyden ja hyödyntämisen helpottaminen	70
7.3	Jalkauttamisen ja tiedottamisen tehostaminen	72
7.4	Systemaattisen hyödyntämisen lisääminen	74
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	77
8.1	Kehittämishanke prosessina	77
8.2	Luotettavuus	79
8.3	Eettisyys	82
8.4	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämishankkeet	84
	LÄHTEET	86
	LIITTEET	100

## 1 JOHDANTO

Suomen sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmää arvioidaan, muokataan ja kehitetään tällä hetkellä mittavasti. Viime vuosien heikko talouskehitys, kestävyysvaje ja lisääntyvä palveluntarve pakottavat uudistamaan palvelujen tuotantoa ja organisointia. Keskeinen tavoite hyvinvointipalveluiden uudistamisessa on parantaa kansalaisten mahdollisuuksia huolehtia terveydestään itsenäisesti tai ammattilaisen tukemana. Luotettava hyvinvointitieto ja toimivat sähköiset palvelut ovat tässä avainasemassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 4, 7.)

Terveydenhuollon digitalisaation voidaan katsoa alkaneen 1980-luvulla ja tällä hetkellä koko julkinen terveydenhuolto käyttää sähköistä sairaskertomusta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 8). Digitalisaatiolla tarkoitetaan digitaalitekniikan integrointia osaksi jokapäiväisiä toimintoja. Sen vaikutukset työelämään eivät ole pelkästään mekaanisia, vaan ne kytkeytyvät moniin samanaikaisesti vaikuttaviin taloudellisiin, sosiaalisiin ja kulttuurisiin muutoksiin. (Alasoini 2015, 26, 32.) Sitra onkin nostanut teknologiakehityksen yhdeksi vuoden 2016 megatrendeistä juuri sen monialaisten vaikutusten vuoksi (Kiiski Koski 2016, 6).

Myös Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2012) ennusteissa tietoteknologian voimakas kehitys vaikuttaa tulevaisuudessa selkeästi terveyden ja hyvinvoinnin asiantuntijatietoon. Virtuaaliset ja interaktiiviset työn tekemisen muodot yleistyvät ja sosiaalisen median merkitys korostuu myös sosiaali- ja terveysalalla. Kommunikaatio siirtyy tulevaisuudessa yhä enemmän verkkoon ja kilpailu huomion saavuttamisesta tietoverkostoissa kiristyy. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012, 18.) Tilastokeskuksen (2013) mukaan myös yhä useampi suomalainen käyttää internetiä asioiden hoitoon, tiedonhakuun ja viestintään. Vuoden 2013 selvityksen mukaan 92 prosenttia 16–74-vuotiaista suomalaisista oli käyttänyt internetiä viimeisen kolmen kuukauden aikana ja käyttö yleistyy edelleen vanhemmissa ikäryhmissä. Eurooppalaisessa vertailussa suomalaiset ovat internetin käytön yleisyyden kärkijoukoissa.

Terveysteknologia ja sähköiset järjestelmät muuttavat ammattilaisten työnkuvaa, lisäävät asiakkaan ja ammattilaisten sähköistä vuoropuhelua ja parantavat asiakkaan ohjattuja itsehoitomahdollisuuksia (Vesterinen 2011, 32). Sähköisillä terveystalouksilla voidaan laajentaa terveydenhuollon hoitomenetelmien valikoimaa, lisätä palvelujen tavoitettavuutta harvaan asutuilla alueilla sekä tavoittaa erityisesti nuoria ikäryhmiä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 49.) Sähköisen asioinnin kehittämällä pyritään myös parantamaan palvelujen laatua ja kustannustehokkuutta (Hyppönen, Iivari & Ahopelto 2011, 14).

Mielenterveystalo on hyvä esimerkki sähköisten terveystalouksien uusista ja innovatiivisista palvelutarjoajista. Mielenterveystalo on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tuottama verkkopalvelu, joka tarjoaa mielenterveyteen liittyvää sisältöä sekä asiakas- että ammattilaiskäyttöön (Mielenterveystalo 2015a). Tämän tutkimuksellisen kehittämishankkeen tavoitteena on tuottaa Mielenterveystalolle tietoa portaalin käyttökokemuksista potilashoitotyössä. Tavoitteena on myös tuottaa kehittämissuhteita siitä, miten Mielenterveystaloa voitaisiin ammattilaisten näkökulmasta kehittää palvelemaan käyttäjiään paremmin. Hankkeen tarkoituksena on edistää Mielenterveystalon käytettävyyttä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työvälineenä. Opinnäytetyö rakentuu teoriapohjasta, kyselytutkimuksesta ja kokonaisuudesta johdetuista kehittämissuhteista.

## 2 KEHITTÄMISHANKKEEN LÄHTÖKOHDAT

### 2.1 Hankkeen kohde

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke on suunniteltu Mielenterveystalolle ja hankkeen toimeksiantaja on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS. Kyseessä on 24 kunnan muodostama kuntayhtymä, joka tuottaa jäsenkunnilleen erikoissairaanhoidon ja kehitysvammaisuuden palveluja. Sairaanhoitopiiri on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen, joita ovat Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan, Porvoon ja HYKS:in sairaanhoitoalueet. (HUS 2015a, HUS 2015b.)

HUS:n osana toimiva yliopistosairaala HYKS muodostuu 17 sairaalasta Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. Sairaalat vastaavat palveluiden tuottamisesta koko HYKS-alueen väestölle sekä tarjoavat tarvittaessa hoitoa maanlaajuisesti erityisen vaativien tai harvinaisten sairauksien hoitoon. HYKS:in psykiatrinen erikoissairaanhoido tarjoaa avohoitopainotteista, modernia psykiatrista hoitoa. Yksi HYKS-psykiatrian ydintoimintoja on it-psykiatria, joka käsittää sähköiset psykiatriset palvelut. (HUS 2015c, HUS 2015d, HUS 2015e.)

Mielenterveystalo on HUS:n tuottama verkkopalvelu, jonka tarkoituksena on tarjota mielenterveyteen liittyvää tietoa sekä asiakas- että ammattilaiskäyttöön. Verkkopalvelusta löytyy tietoa mielenterveysongelmista sekä alueellisista ja valtakunnallisista mielenterveyspalveluista. Portaalissa on omat sivustot aikuisten ja nuorten Mielenterveystalolle sekä nettiterapioille. Sivustolta löytyy muun muassa sähköisiä itsehoito-ohjelmia, tieto- ja materiaalipankki sekä oirenavigaatiolla toimivaa palveluohjausta. Sisällöistä on suomen- ja ruotsinkieliset versiot, osa materiaaleista on saatavana myös muilla kielillä. Mielenterveystalon palvelut ja materiaalit ovat nettiterapiaa lukuun ottamatta vapaasti hyödynnettävissä. Nettiterapiaan ohjaututaan lääkärin läheteellä ja sen kustantaa potilaan kotikunta. (Mielenterveystalo 2015a, Mielenterveystalo 2015b.)



Verkkopalvelu kehitettiin ja otettiin käyttöön Hyvinkään sairaanhoitoalueella vuonna 2009 nimellä Kelnet-mielenterveystalo. Palvelu on laajentunut vähitellen HUS-alueelta muihin sairaanhoitopiireihin. Kesäkuussa 2015 Mielenterveystalo oli käytössä kahdessakymmenessä sairaanhoitopiirissä ja kattoi näin koko Manner-Suomen. Palvelun sisältö kehittyy ja laajenee jatkuvasti. Mielenterveystalo-ideologiaa laajennetaan tulevaisuudessa myös muille lääketieteen erikoisaloille. (Mielenterveystalon esittely 2014.)

Mielenterveystalo on myös yksi Valtiovarainministeriön SADe-ohjelman (Sähköisen asioinnin ja demokratian vauhdittamisohjelma) sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuuden kehittäjäkumppaneista. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL) myönsi Mielenterveystalon laajentamiseen ja kehittämiseen valtionavustusta SADe-ohjelman puitteissa vuosille 2013–2015. (HUS 2013; Terveysten ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Muita Mielenterveystalon yhteistyötahoja ovat esimerkiksi Terveyskirjasto, Käypä Hoito, Suomen Mielenterveysseura ja A-klinikkasäätiö (Mielenterveystalo 2015c).

## 2.2 Tavoite ja tarkoitus

Tässä työssä kerättiin ammattilaisten kokemuksia aikuisten Mielenterveystalon sisällöstä ja käytöstä osana potilashoitotyötä. Nettiterapiat rajattiin tutkimuseettisistä syistä hankkeen ulkopuolelle. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen tavoitteena oli tuottaa Mielenterveystalolle tietoa portaalin käyttökokemuksista osana potilashoitotyötä. Lisäksi tavoitteena oli tuottaa kehittämis ehdotuksia siitä, miten Mielenterveystaloa voitaisiin ammattilaisten näkökulmasta kehittää palvelemaan käyttäjiään paremmin. Hankkeen tarkoituksena oli edistää Mielenterveystalon käytettävyyttä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työvälineenä.

Vuonna 2014 tehdyssä kyselyssä 88 % Mielenterveystaloa käyttäneistä kansalaisista koki sen tarjoamat palvelut hyödyllisiksi (Hyppönen, Hyry, Valta ja Ahlgren 2014, 64). Palvelun käytöstä ei kuitenkaan ole vielä tehty laajoja tutkimuksia tai kartoituksia, eikä alan ammattilaisten näkökulmasta kerättyä dataa ollut tämän hankkeen suunnitteluvaiheessa juuri lainkaan. Kehittämishankkeella voitiinkin tuottaa palveluntarjoajalle hyvää informa-

tiota ammattilaisten käyttökokemuksista. Tieto palvelun käytettävyydestä ja hyödyllisyydestä osana potilaan hoitoa voi auttaa konseptin markkinointia edelleen uusille käyttäjätahoille. Palvelun jatkokehittämisessä ja ylläpidossa tämänkaltaisen tiedon hyödynnettävyys on selkeä.

Hankkeen toiminnallinen osio käynnistyi kyselytutkimuksella, joka suunnattiin portaalia työssään käyttäville sosiaali- ja terveysalan ammattilaisille. Kyselystä saatu data analysoitiin ja sen pohjalta muodostettiin käsitys Mielenterveystaloa käyttävistä ammattilaisista ja siitä, miten ammattilaiset hyödynsivät Mielenterveystaloa työssään. Kokonaisuudesta johdettiin kehittämisen haasteita. Haasteet muokattiin edelleen kehittämisen teemoiksi ja niistä työstettiin kehittämis ehdotuksia portaalin ammattilaiskäytön tehostamiseksi.

### 3 TIETOPERUSTA

#### 3.1 Sähköiset terveystalvelut

Terveydenhuollon sähköisten toimintojen kenttä on kokonaisuus, jolle on hankala löytää yksiselitteistä, vakiintunutta määritelmää. Esimerkiksi yleinen suomalainen asiasanasto (YSA) ei tunnista lainkaan termejä sähköinen terveystalvelu tai sähköinen terveydenhuolto. YSA:n mukaan sähköisten palveluiden (e-palvelut ja ePalvelut) alakäsitteisiin kuuluvat verkkopalvelut, telepalvelut ja mobiilipalvelut. (YSA 2015.)

Reposen (2015, 1275) mukaan kattavin terveydenhuollon digitaalisia tietojärjestelmiä ja -palveluita kuvaava käsite on *eHealth*, suomeksi e-terveystpalvelut tai sähköinen terveydenhuolto. Lääketieteen sanastolautakunta (2015) puolestaan toteaa, että sähköön ja sähköiseen (electricity, electronic) viittaavaa e-etuliitettä voidaan käyttää puhuttaessa sähköisistä terveystpalveluista, mutta *eHealthin* suora käänös *eTerveys* ei sovi merkityksensä tai kieliasunsa vuoksi suomeen. Perusteena tähän todetaan, että terveys sinänsä ei ole sähköistä, mutta terveystpalvelut ovat. Selkeyden vuoksi tulisikin puhua sähköisistä terveystpalveluista, e-terveystpalveluista ja suppeammassa yhteydessä netti- tai verkkopalveluista. Terveydenhuollon mobiilisovelluksista taas voidaan käyttää ilmaisua mobiiliterveystpalvelu.

Oh:n, Rizon, Enkinin ja Jadadin (2005) tekemän systemaattisen arvion mukaan termille *eHealth* löytyi 51 erilaista julkaistua määritelmää jo vuosilta 1999–2004. Löydetyt määreet pitivät sisällään joukon erilaisia käsitteitä, kuten terveys, teknologia ja kauppa. Tulkintojen erilaisuus riippui esimerkiksi kontekstista, johon termi liitettiin. Varhaisista määritelmistä yksi lainatuimmista on Eysenbachin (2001) määritelmä, jossa kuvataan *eHealthin* olevan kehittyvä ala lääketieteen, tietotekniikan, kansanterveyden ja liiketoiminnan risteyskohdassa. Termi viittaa myös terveystpalveluihin ja informaation toimittamiseen tai tehostamiseen internetin ja siihen liittyvien teknologioiden kautta. Laajemmin ajateltuna termi kuvaa Eysenbachin mukaan paitsi teknistä kehitystä, myös mielentilaa, ajattelutapaa ja sitoutu-

mista globaaliin ajatteluun terveydenhuollon kehittämiseksi tieto- ja viestintätekniikkaa käyttäen.

World Health Organizationin (WHO) yleismääritelmän mukaan termi eHealth tarkoittaa informaatio- ja kommunikaatioteknologian käyttöä terveyden hyväksi. Kyseessä voi olla sähköisten menetelmien avulla toteutettu konkreettinen potilashoitotyö, terveydenhuoltohenkilökunnan kouluttaminen, tutkimustyö, sairauksien jäljittäminen tai kansanterveyden seuranta. (World Health Organization 2015.) Euroopan komission (2015) mukaan sähköiset terveydenhuoltopalvelut tarkoittavat sellaisia terveydenhuoltoalan välineitä ja palveluja, joissa hyödynnetään tieto- ja viestintätekniikkaa. Määre kattaa sähköiset palvelut, joiden pyrkimyksenä on parantaa sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seurantaa ja terveydenhuollon hallintoa. Sähköisten terveydenhuoltopalveluiden voidaan katsoa hyödyttävän koko yhteisöä parantamalla hoidon saatavuutta, laatua ja tehostamalla terveydenhuoltoalan toimintaa. Laajimmillaan käsite pitää sisällään paitsi tietojen vaihdon eri tahojen välillä, myös erilaiset potilastietojärjestelmät, etälääketieteen palvelut, kannettavat potilaiden seurantalaitteet ja robottikirurgian.

*Sähköinen palvelu* eroaa sähköisestä liiketoiminnasta siten, ettei palveluita välttämättä suoriteta maksua palveluntarjoajalle, eikä palvelussa välttämättä ole kyse fyysisestä tavarasta. Palveluntarjoaja on organisaatio, joka tuottaa ja tarjoaa sähköisiä palveluita joko internetin tai muiden sähköisten kanavien kautta. (Paakki, Pennanen ja Tiainen 2004, 13.) *Sähköisellä asiointilla* tai verkkoasioinnilla tarkoitetaan perinteistä asiointia täydentävää, korvaavaa tai uudistavaa julkisten palveluiden tuottamista, jakelua ja käyttöä, sekä niihin liittyvää vuorovaikutusta, joka perustuu tietoverkkojen hyödyntämiseen. Julkiset verkkopalvelut taas ovat erilaisten tietoverkkojen kautta kansalaisille, yrityksille ja yhteisöille tarjottavia palveluja. Ne voivat pitää sisällään kaikkea yksinkertaisesta tietojen etsinnästä ja tarkistamisesta vuorovaikutteisten palvelujen tarjoamiseen asti. (Valtionvarainministeriö 2004, 20.)

Eräs verkkopalvelun muoto on portaali. Portaalia nimitetään yleisesti väyläksi yhden tai useamman organisaation tarjoamiin tuotteisiin, asiointipalveluihin ja tietopalveluihin. Internetin käsitteistössä portaalilla tarkoitetaan verkkopalvelua, joka omien toimintojensa lisäksi voi tarjota pääsyn ja yhtenäisen käyttöliittymän useisiin muihin verkkopalveluihin. Portaali auttaa siis saamaan yhteyksiä eri toimijoiden, kuten palvelujen tuottajien ja asiakkaiden välillä. (Sitra 2007, 5.)

### 3.2 Sähköisten terveystalvöiden kansainvälisiä ja kansallisia hankkeita

Euroopan unioni (EU) on vahvasti mukana sähköisen terveydenhuollon edistämisessä. Ensimmäinen EU:n sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma hyväksyttiin vuonna 2004 ja siitä lähtien Euroopan komissio on kehittänyt kohdennettuja poliittisia aloitteita, joiden tarkoituksena on edistää sähköisen terveydenhuollon laajamittaista hyväksymistä kaikkialla EU:ssa. Yksi Eurooppa 2020- strategian lippulaivahankkeista on Euroopan digitaalistrategia, jonka tarkoituksena on nopeuttaa nopeiden internet-yhteyksien leviämistä, jotta kotitaloudet ja yritykset pääsevät nauttimaan verkkopalvelujen ja -sisältöjen sisämarkkinoiden eduista. Strategian toteutumiseksi EU-jäsenvaltioiden tulee edistää nykyaikaisten, helppopääsyisten verkkopalvelujen käyttöä - mukaan lukien terveystalvöt. (Euroopan komissio 2010, 4, 14–15.)

EU:n epSOS-hankkeessa on määritetty, miten jäsenvaltiot voivat tehdä yhteistyötä ja yhdistää prosessejaan sähköisen terveydenhuollon palvelujen käyttöönottamiseksi kaikkialla EU:ssa. Sähköisten terveystalvöiden verkoston ja Verkköiden Eurooppa – hankkeen tarkoituksena on panna tulokset täytäntöön ja siten edistää rajat ylittävää sähköistä terveydenhuoltoa. Horisontti 2020-ohjelmassa taas pyritään lisäämään kansalaisten digitaalista terveystalvöiden ja kehittämään kliinisiä hoitokäytäntöohjeita ammattilaisten etälääketieteen palveluja varten. (Euroopan komissio 2012, 9, 16.)

Digitalisaatio kuuluu myös Suomen hallituksen uusimman strategian kärkihankkeisiin. Strategisessa linjauksessa pyritään uudistamaan julkisia pal-

veluja seuraavan kymmenen vuoden aikana muun muassa rakentamalla palvelut lähtökohtaisesti digitaalisiksi ja käyttäjälähtöisiksi. Sosiaali- ja terveyspalveluissa pyritään tehostamaan etenkin sähköisten palvelujen hyödyntämistä omahoidossa ja neuvonnassa, sekä terveysteknologian käyttöä. (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20, 26.)

Mäkisen ja Jousimaan (2015, 1283) mukaan terveydenhuolto on kiistatta viimeisimpiä toimialoja, joka omaksuu tietotekniikan osaksi toimintamallejaan. Muutospaine liittyy paitsi alan sisäiseen muutostarpeeseen, myös globaaleihin muutoksiin palvelujärjestelmässä ja asiakaskäyttäytymisessä. Hitaudesta voi toisaalta olla jossain määrin etua, sillä terveydenhuollossa voidaan omaksua ja soveltaa muilla aloilla kehitettyjä, pitkälle kehittyneitä ratkaisuja. Valtiontalouden tarkastusviraston (2011, 9-10) mukaan terveydenhuollon tietojärjestelmien kansalliset kehittämishankkeet ovat kuitenkin tuottaneet Suomessa tavoitteeseen ja tarpeeseen nähden vaatimattomia tuloksia. Hankkeita on toteutettu tietotekniikkavetoisesti, eikä toimintalähtöistä ja terveydenhuollon tuottavuuden kasvuun tähtäävää kehittämistyötä ole tehty tarpeeksi.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2014, 4-5, 7) on luonut sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen tiedonhallinnan strategian yhdessä kansalaisten, alan organisaatioiden, eri ministeriöiden ja Kuntaliiton kanssa. Sote-tieto hyötykäyttöön -strategia 2020 määrittelee kehityskohteita ja toimenpiteitä, joiden avulla tuetaan sosiaalisesti kestävästä yhteiskunnasta, varmistetaan ihmisten yhdenvertaisuus ja osallisuus sekä edistetään terveyttä ja toimintakykyä. Tavoitteena on vahvistaa peruspalveluita ja toteuttaa kustannustehokas ja vaikuttava palvelurakennemuutos.

Suurista kansallisista hankkeista Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämishankkeen (Kaste 2012–2015) osaohjelmavoitteenä määriteltiin tiedon ja tietojärjestelmien kehittäminen siten, että ne hyödyttävät parhaiten sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaita ja ammattilaisia. Yhdeksi toimenpiteeksi linjattiin sähköisen asioinnin vahvistaminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a, 8, 31.) Tähän liittyy valtiovarainministeriön vuosina 2009–2015 toteutunut poikkihallinnollinen sähköisen asioinnin ja de-

mokratian vauhdittamisohjelma (SADe). Sen keskeisenä pyrkimyksenä oli, että kansalaisten ja yritysten sähköinen asiointi kattaisi hankeaikana kaikki keskeiset julkiset palvelut. SADe-ohjelman sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus oli valtiovarainministeriön, sosiaali- ja terveysministeriön ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen yhteistyöprojekti. (Reponen, Kangas, Hämäläinen ja Keränen 2015, 23; Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus 2012, 6.) Yksi SADe-ohjelman kehittäjäkumppaneista oli Mielenterveystalo (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014).

Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuuteen kuuluvien verkkopalveluiden tarkoituksena on tarjota kansalaisille kattavia sähköisiä palveluita terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Verkkopalvelut opastavat tilanteeseen sopivien sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden piiriin ja tarjoavat turvallisen mahdollisuuden sähköiseen viestinvälitykseen palveluorganisaatioiden kanssa. Sähköisillä palveluilla pyritään parantamaan kansalaisen omahoitoa, hoidon sujuvuutta ja auttamaan palveluorganisaatioita kohdentamaan resurssejaan entistä tehokkaammin. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Sähköisten terveyspalveluiden painopiste onkin tällä hetkellä kansalaisten osallisuuden lisäämisessä. Potilaiden ja asiakkaiden omatoiminen, kotoa käsin tapahtuva palvelujen käyttö voikin vapauttaa laitosresursseja niitä eniten tarvitseville. (Reponen 2015.) Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) on myös vastikään linjannut, että etäpalveluina tuotetut terveyspalvelut ovat pääsääntöisesti verrattavissa perinteisiin vastaanottokäynteihin. Linjauksessa painotetaan, että sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten on arvioitava huolellisesti soveltuuko palvelu etänä tuotettavaksi. Palvelun soveltuvuus on arvioitava potilaskohtaisesti ja ohjattava potilas tarvittaessa tavalliselle vastaanotolle. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015.)

### 3.3 Sähköiset terveyspalvelut sosiaali- ja terveysalan organisaatioissa

Tämän hetken työelämää leimaa teknis-taloudellinen murros, joka perustuu tieto- ja viestintäteknologioiden (information and communications technology, ICT) nopeaan kehittymiseen sekä talouden globalisoitumiseen ja

palveluvaltaistumiseen. ICT:n jatkuva kehitys luo uusia mahdollisuuksia innovatiiviseen liiketoimintaan ja työn organisointiin. Näillä keinoin voidaan saavuttaa taloudellista kasvua ja hyvinvointia myös korkean kustannustason teollisuusmaissa. ICT-perustaisen tuottavuuskasvun ennakoitaan etenevän kahdessa aallossa. 1990-luvulla alkaneen ensimmäisen aallon tuottavuuskasvu on perustunut etenkin uusien teknologioiden käyttöön tuotteissa ja palveluissa. ICT-ilmiön toisen aallon taas on ennakoitu pohjautuvan etenkin uusien teknologioiden synnyttämiin mahdollisuuksiin liiketoiminnan, johtamisen ja organisaatioiden uusissa innovaatioissa. (Alasoini 2014.)

Sähköisten terveystalvveluiden laajamittainen leviäminen ja käyttöönotto osaksi rutiininomaista hoitoa ja terveystalvvelitiikkaa onkin maailmanlaajuinen haaste (Glasgow, Phillips ja Sanchez 2013, 2). Kyseessä on mittava ja kokonaisvaltainen palveluntuotannon toimintatapojen, palveluiden käyttötapojen ja näihin liittyvien sähköisten työvälineiden uudistamisprosessi. Sähköisten terveystalvvelujen kehittäminen merkitsee siis paljon muutakin kuin yksittäisten, uusien sähköisten ratkaisujen tarjoamista. (Hyppönen ym. 2011, 48.)

Euroopan komission (2012, 4) mukaan tieto- ja viestintäteknologian käyttöä terveydenhuollon tuotteissa, palveluissa ja prosesseissa tulee kehittää yhdessä terveydenhuoltojärjestelmien organisaatiomuutosten kanssa. Toimivia ratkaisuja kaivataan kipeästi, sillä sosiaali- ja terveystalvveluja tukevat, kattavat sähköiset järjestelmät voivat olla yksi keskeisistä edellytyksistä tulevan sote-uudistuksen onnistumiselle (Reponen 2015). Sähköiset terveystalvvelut ovat jo osoittautuneet tehokkaaksi keinoksi parantaa laatua ja laskea kustannuksia julkisissa terveystalvveluissa (Ramtohuul 2015, 286).

Sähköisten palvelujen kehittämisessä ja hankkimisessa tulisi hyödyntää kansallista palveluarkkitehtuuria ja pyrkiä modulaarisuuteen eli avoimista ja yhteensopivista järjestelmistä muodostuviin palveluihin (Sosiaali- ja terveystalvveluministeriö 2014, 5). Kuntien tulisi huomioida palvelurakenteessaan myös asiakkaiden itsehoidossaan käyttämät menetelmät. Näitä ovat esi-



merkiksi itsehoito-oppaat, verkkopalvelut sekä maksuttomat ja nimettömät puhelin- ja internetpalvelut. Näiden palveluiden parempi koordinaatio ja tehokas tiedottaminen voi vähentää muiden terveystalvelujen tarvetta. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2012b, 41, 43.)

Sähköisten palvelujen käyttöönotto vaatii hallittua muutosta toimintavoissa. Siksi jo uusien toimintojen alkuvaiheessa kannattaa kartoittaa millaista osaamista sähköisen palvelun käyttö ja hyödyntäminen vaatii. Osaamistarve tulee suhteuttaa osaamisen nykytilaan, jolloin esiin nousevat mahdolliset kehittämisaalueet ja uutta osaamista vaativat tekijät. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 31.) Vuonna 2014 Suomessa tehdyssä terveydenhuollon tietoteknologiakartoituksessa todettiin, että tietoteknologian perusjärjestelmien saatavuus ja käyttöaste ovat paikallisesti hyvät. Myös henkilöstön tietotekninen perusosaaminen on hyvällä tasolla. Kaikki prosessit eivät kuitenkaan ole siirtyneet sähköisiksi ja erillisiä järjestelmiä on edelleen paljon. Täten sähköinen tiedonsiirto tai käsittely voi helposti katketa. Näiden ongelmakohtien tunnistaminen, seuraaminen ja yhdistäminen käyttäjäkokemuskyselyistä saatuun tietoon voi edistää sähköisten toimintojen sujuvuutta. (Reponen ym. 2015, 33, 132.)

Sähköisen palvelun käyttöönotto voi aiheuttaa monenlaisia muutoksia. Muutokset voivat kohdistua esimerkiksi palvelun tuottajan työprosesseihin, henkilöstön työrooleihin, työtehtävien jakaantumiseen, henkilöstön työvälineisiin, osaamisvaatimuksiin tai asiakkaan rooliin. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 34.) Tämä voi näyttäytyä uhkana, aiheuttaa negatiivista asennoitumista ja hidastaa sähköisten terveystalvelujen laajaa käyttöönottoa. Tämän vuoksi sähköisiä palveluita kannattaa integroida vähitellen osaksi nykyisiä työmenetelmiä. (Barakat, Woolrych, Sixsmith, Kearns, ja Kort 2013.)

Barakat ym. (2013) painottavat organisaation sitoutumista sähköisten terveystalveluteknologioiden mukanaan tuomaan työkuulttuurin muutokseen. Avoin vuoropuhelu sähköisten teknologioiden käyttökokemuksista auttaa tunnistamaan ja ratkaisemaan ongelmia. Parhaimmassa tapauksessa samalla voidaan todentaa niitä odottamattomia hyötyjä ja käyttötarkoituksia,

joita ammattilaiset saattavat oman työnsä kautta huomata. Sähköisten palvelujen hyväksyminen myös helpottuu, jos ne nähdään olennaisena osana tulevaisuuden terveydenhuoltoa — menetelmänä, joka haastaa perinteiset hoitotyön lähestymistavat. Tämän vuoksi niiden hyödyt kannattaa osoittaa henkilöstölle selvästi. Koettu tehokkuus ja hyöty käytännön työssä auttavat hyväksymään ja omaksumaan uudet työmenetelmät.

Tietotekniikan käyttö ei siis ole itseisarvo, vaan sen avulla pyritään parantamaan työn laatua ja potilaan hoitoa. Teknologian käyttö voikin auttaa muiden tavoitteiden saavuttamisessa, osana toimintakokonaisuutta. (von Fieandt 2005a, 60; Hyysalo 2009, 52.) Myös Paukkula (2009, 18) toteaa, että teknologian tulee tukea toimintoja eikä päinvastoin. Teknologisen innovaation tai palvelun esteettömyys ja käytettävyys tulee olla etusijalla. Uusi käytäntö ei juurru työelämään, jos se koetaan hitaammaksi ja epäkäytännöllisemmäksi kuin entinen tapa toimia.

Castrenin (2008, 72, 84–85) mukaan sähköiset terveyspalvelut muodostavat tulevaisuudessa merkittävän osan terveyspalveluiden kokonaisuudesta sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Sähköisten terveyspalveluiden käyttöönoton edellytyksenä on, että ne toimivat nykyisten palveluiden rinnalla tai niitä korvaten ja tehostavat terveyspalveluiden käyttöä. Mäkinen ja Jousimaa (2015, 1283) näkevät sähköisen asioinnin lupaavaksi ratkaisuksi erityisesti avosairaanhoidossa, jossa kasvava palveluntarve ja niukka rahoitus lisäävät painetta palvelujen saatavuuteen ja vaikuttavuuteen. Rahikka (2013, 137) uskoo, että verkkopalveluita voitaisiin hyödyntää vielä nykyistä enemmän suunniteltaessa eri asiakasryhmille kohdennettuja varhaisen puuttumisen palveluita. Selkeä kohderyhmä ovat esimerkiksi työn ja opiskelupaikan ulkopuolelle jääneet nuoret, joille verkkopalvelut voivat toimia siirtymävaiheen palveluina. Myös omaishoitajat, joille liikkuminen kodin ulkopuolella on vaikeaa, voisivat hyötyä verkkopalvelujen tarjoamista vuorovaikutteisista mahdollisuuksista.

Sähköiset järjestelmät ja teknologia luovat uusia mahdollisuuksia palvelutuotantoon ja vastuunjakoon asiakkaan ja palvelujen tuottajien välillä. Uusi työnjako henkilöstön, teknologisten ja sähköisten järjestelmien sekä asiak-

kaiden välillä voi lisätä kustannustehokkuutta ja järkeistää työajan käyttöä. (Vesterinen 2011, 33.) Osa henkilöresursseja ja tilaa vaativista fyysisistä palveluista voidaan korvata kevyemmällä sähköisillä palveluilla silloin, kun palvelu sopii ja on tarkoituksenmukainen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 5).

### 3.4 Sähköiset terveystalvelut päihde- ja mielenterveyspalveluissa

THL:n vuoden 2013 selvityksen mukaan psykiatrisessa vuodeosastohoidossa oli yli 26 000 potilasta ja hoitopäiviä kertyi lähes 1,3 miljoonaa. Vuoteen 2006 verrattuna vuodeosaston hoitopäivien määrä on laskenut 29 %. Avohoidon osuus on vastaavasti nousussa. Vuonna 2013 psykiatrasta avosairaanhoidoa käytti lähes 160 000 potilasta, joilla oli lähes 1,8 miljoonaa käyntiä. Avopuolen käynnit ovat lisääntyneet vuodesta 2006 31 % ja potilasmäärä on lisääntynyt 23 %. Yleisimmät psykiatrasta avo- tai vuodeosastohoidoa vaativat sairaudet olivat vuonna 2013 masennus, skitsofrenia ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. (Rainio ja Rätty 2015, 1, 4, 6.)

Sosiaali- ja terveysministeriön (2012b, 43) mielenterveys- ja päihdesuunnitelman mukaan päihde- ja mielenterveyspalvelut tulee järjestää perus- ja avopalveluja painottaen. Perusterveydenhuollon palvelujen painottaminen on välttämätöntä mielenterveys- ja päihdeongelmien yleisyyden ja niiden kansanterveydellisen merkityksen vuoksi. Avopalvelujen painottaminen taas on tärkeää inhimillisistä, hoidollisista ja taloudellisista syistä. Monipuoliset avopalvelut tuottavat enemmän hyvinvointia ja avohoitoon panostaminen on yleensä vaikuttavampaa kuin panostaminen erikoissairaanhoidon laitospalveluihin. Mielenterveys- ja päihdepalveluissa tulisikin vahvistaa etenkin matalan kynnyksen palveluja ja integroida moniongelmaisten hoitoa kokonaisuutena (Vesterinen 2011, 32).

Sähköisten palveluiden käyttömahdollisuudet on arvioitu psykiatrisessa hoitotyössä hyväksi, mutta ne edellyttävät toimiakseen sekä uutta tekniikkaa että totutun toimintamallin muutosta. Sähköiset mielenterveyspalvelut toimivat kuitenkin jo hyvin perinteisten mielenterveyspalveluiden rinnalla tukemassa ja täydentämässä olemassa olevia palvelurakenteita. Informaa-

tio- ja viestintäteknologialla toteutettuja tai tuettuja eriasteisia mielenterveyspalveluita ovat esimerkiksi televiestintä ja muu sähköinen viestinvälitys. Psykoedukaatio eli koulutuksellinen terapia voi toteutua sähköisesti, jolloin palvelunkäyttäjä voi hyödyntää sitä itsenäisesti tai ammattilaisen välityksellä. Näitä toimintoja tukevia ja hyödyntäviä sähköisiä palveluita ovat esimerkiksi palveluhaku, itsehoitosisällöt, oireiden hallintaohjelmat, nettiterapia ja videopankit. (Syrjäläinen 2013, 3-5.)

Lappalaisen (2013) mukaan esimerkiksi psykoterapiapalveluiden saatavuus vaihtelee Suomessa huomattavasti alueittain. Tämän vuoksi onkin tärkeää kehittää kustannustehokkaita ja helposti tavoitettavia hoitomuotoja, jotta mahdollisimman monelle voitaisiin tarjota hoitoa. Yksi tarjolla oleva vaihtoehto ovat verkkopohjaiset interventiot. Joutsenniemen ym. (2011, 7) tutkimuksessa todetaan, että kognitiivisen verkkoterapian valtakunnallinen käyttöönotto helpottaisi psykoterapeuttisen hoidon saatavuutta ja lisäisi potilaiden tasa-arvoa. Todennäköisesti se myös vähentäisi erikoissairaanhoidon kuormitusta ja alentaisi kustannuksia. Verkkopohjaiset menetelmät saattavat tavoittaa perinteisiä hoitomuotoja paremmin myös sellaisia henkilöitä, joille hoitoon hakeutuminen on haastavaa liikuntarajoitteiden tai maantieteellisen etäisyyksien vuoksi. Verkkovälitteisesti toteutuvat hoitomuodot sopivat myös henkilöille, jotka eivät halua lääkettä tai kasvotusten tapahtuvaa psykoterapiaa esimerkiksi taloudellisista syistä.

Sähköisten terveystietopalveluiden anonymiteetti koetaankin usein mieluisana juuri stigmatisoiduissa sairauksissa kuten psyykkisissä sairauksissa, sukupuolitaudeissa ja erilaisissa addiktioissa. Sähköisiä terveystietopalveluita tulisikin tarjota erityisesti henkilöille jotka karsuvat kasvokkain tapahtuvia konsultaatiota ja hoitavat terveyteen liittyvät ongelmansa mieluummin persoonattomammilla palveluilla. (Ramtohl 2015, 291.) Esimerkiksi Draken (2009, 112) mukaan masennus on yksi merkittävimmistä sairauksista, joihin haettiin terveystietoa verkosta. Myös verkkopalveluiden seurantajärjestelmistä saadun tiedon mukaan masennus ja siihen liittyvät sisällöt ovat terveydenhuollon verkkopalvelujen luetuimpien sisältöjen joukossa.

Lappalainen (2015, 83) toteaa, että yhdistämällä teknologiaa psykologisiin hoitoihin luodaan vaihtoehtoja perinteisten psykologisten hoitojen rinnalle. Samalla palveluja voidaan tarjota joustavammin useammalle sitä tarvitsevalle. Terveydenhuollon ammattiliitto Tehyn tulevaisuusvisiossa teknologia nähdään selkeänä keinona parantaa toiminnan tuottavuutta. Potilaan osallisuus ja vastuu hoidossaan lisääntyvät erilaisten verkkovälitteisten menetelmien ja terveysteknologian avulla — myös psykiatrisessa hoidossa. Samalla terveydenhuollon ammattilaisten asema työelämässä muuttuu ehdottomasta auktoriteetista ohjaavampaan, tietoa validoivaan suuntaan. (Hankonen 2015, 15–17.)

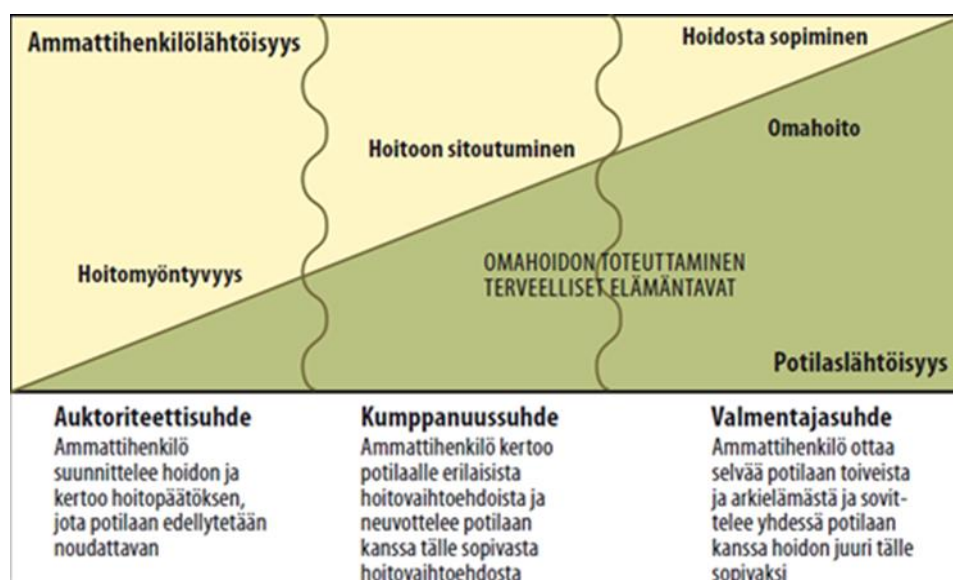
### 3.5 Sähköiset terveysterveyst palvelut sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten työssä

Kansalaisille suunnatut sähköiset palvelut edellyttävät terveysalan henkilöstöltä tietosuojan ja tietoturvaan liittyvää osaamista, tieto- ja viestintätekniikan perustaitoja, verkkoviestinnän ja verkkovuorovaikutuksen taitoja, kehittämisvalmiuksia, tiedonhakutaitoja, kirjaamisosaamista, ohjausosaamista sekä myönteistä asennoitumista teknologian käyttöön. Näitä osaamisvaatimuksia edellytetään kaikessa päivittäisessä terveysalan työssä, jossa asiakkaille tarjotaan palveluita myös sähköisesti. (Kivelä 2011, 37.)

Jauhiainen (2004, 157) totesi jo yli vuosikymmen sitten, että hoitotyön tiedonhallinta on yksi kolmesta merkittävästä tulevaisuuden hoitotyöntekijän kvalifikaatiosta. Hoitotyön tiedonhallinta pitää sisällään niin tietosuojan ja tietoturvan mukaisen toiminnan kuin tieto- ja viestintäteknologian perusosaamisen. Myös Von Fieandt (2005b, 39, 44) on todennut, että hoitotyön asiantuntijan tulisi käyttää työssään uusinta tietoa ja osata ohjata myös potilaita luotettavan, tutkitun tiedon haussa. Tämä edellyttää sähköisen tiedonhallinnan osaamista. Von Fieandt (2005b, 39) onkin ehdottanut tietoteknisen osaamisen sisällyttämistä työntekijän kvalifikaatiovaatimukseen ja urakehitysmittareihin.

Sähköisten terveysterveyst palvelujen hyödyntäminen vaatii alan ammattilaisilta siis alati laajenevaa osaamista. Tähän sisältyy kyky hahmottaa niitä palve-

lukokonaisuuksia, joihin sähköiset palvelut kytkeytyvät. (Sihvo, Jauhiainen ja Ikonen 2014, 60.) Potilaiden omatoimisuuden ja itsehoidon lisääntyessä ammattilaisen työnkuva muokkautuu potilaan kanssa tasavertaisemmaksi — auktoriteetista terveyden ja sairauden hoitoon ohjaavaksi valmentajaksi. Roolimuutos näkyy etenkin terveyden edistämisessä ja pitkäaikaissairaiden hoidossa. (Saarelma 2015, 1295.) Kuviossa 1 on kuvattu potilaan ja ammattilaisen välisen roolin muutosta ammattihenkilölähtöisestä auktoriteettisuhteesta kohti potilaslähtöistä valmentajasuhdetta. Samalla on havainnollistettu potilaan omahoidon osuuden lisääntymistä. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta ja Pitkälä 2009, 2352).



Kuvio 1. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen roolin muutos (Routasalo ym. 2009, 2352).

Myös Paukkulan (2009, 18) mukaan palvelujen sähköistäminen on suuri palvelukulttuurin muutos. Sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten ei välttämättä ole helppoa nähdä asiakasta aktiivisen toimijan roolissa. Sähköisten palvelujen laajempi käyttöönotto vaatiikin laajaa muutoksenhallintaa, jossa huomioidaan uusien menetelmien kouluttaminen, kokonaisvaltaiset työprosessien muutokset ja työntekijöiden tuntemukset.

Potilaan hoidossa tulisi hyödyntää yksilölle parhaiten sopivia perinteisiä tai tieto- ja viestintätekniikkaan perustuvia hoitotyön menetelmiä (Jauhiainen 2004, 158). Sähköisten terveyspalvelujen asiakaslähtöisessä hyödyntämi-

sessä tarvitaan monipuolista ohjausosaamista. Ammatilaisen täytyy pystyä arvioimaan asiakkaan ohjauksen tarvetta kartoittamalla esimerkiksi asiakkaan lähtövalmiuksia sähköisten palvelujen käyttöön. Vastavuorosisessa ohjaussuhteessa asiakas ja ammattilainen voivat esimerkiksi pohtia verkosta löytyvän terveystiedon luotettavuutta ja suunnitella tiedon hyödyntämistä asiakkaan terveyden edistämiseen ja omahoitoon. (Sihvo ym. 2014, 59–60.)

Winblad, Reponen ja Hämäläinen (2012) toteavat, että terveydenhuollon tietojärjestelmien tutkimuksessa tulisi painottaa enemmän palvelujen toiminnallisuuden selvittämistä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden ja palvelujen käyttäjien kokemusten kerääminen hallinnollisten selvitusten rinnalle on välttämätöntä eheän kokonaiskuvan saamiseksi. Toiminnallisuuksien selvittämisellä päästään näkemään tietojärjestelmien hyötyjä potilaan hoidossa ja hoidon järjestämisessä. (Winblad ym. 2012, 136–137.) Myös Jauhiainen (2004, 159) painottaa, että potilaiden ja hoitotyöntekijöiden kokemukset uusista verkkohoitotyön muodoista ovat hyödyllisiä palveluja ja hoitotyön menetelmiä kehitettäessä.

Terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämisessä vaaditaan järjestelmäsuunnittelun lisäksi palvelua käyttävien ammattilaisten asiantuntemusta. Sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisten tulisi osallistua palveluiden suunnitteluun tuomalla esiin tietämystään palvelujen käyttötilanteista, käyttötarpeista ja toimintatavoista. Mitä varhaisemmassa vaiheessa yhteistyötä pystytään rakentamaan, sitä paremmin käyttäjien ja käyttötilanteiden näkökulma voidaan pyrkiä sovittamaan yhteen teknisten ratkaisujen kanssa. (Viitanen ja Nieminen 2009, 133.) Tavoitteena on, että tietojärjestelmien ja välineiden käytettävyys, päätöksenteon tuki ja toiminnanohjaus tukevat ammattilaisia työssään nykyistä paremmin. Tällä lisätään työn mielekkyyttä, laatua ja vaikuttavuutta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 13.)

Procterin ja Woodburnin (2012, 22, 24) mukaan sairaanhoitajilla on tärkeä rooli tietointensiivisten terveydenhuollon ympäristöjen luomisessa. Hoitohenkilökunnan tulisi aktiivisesti etsiä tapoja kehittää, arvioida ja soveltaa tietohallinnon osaamista ammatilliseen substanssiosaamiseen. Hoito-

henkilökunnalla on myös avainasema potilaiden ohjaamisessa luotettavan ja asiallisen informaation äärelle. Ramtohil (2015, 290–292) on myös todennut, että potilaiden sähköisten terveyspalveluiden hyväksymiseen vaikuttaa huomattavasti se, miten terveydenhuollon ammattilaiset suhtautuvat niihin. Tämän vuoksi terveysalan ammattilaisiin kannattaakin panostaa potentiaalisina palvelun käyttäjinä, joilla on vaikutusvaltaa levittää sähköistä terveyspalvelua moninkertaisesti.

### 3.6 Sähköisten palvelujen käytettävyys ja käyttäjälähtöisyys

Tässä tutkimuksellisessa kehittämishankkeessa paneudutaan sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kokemuksiin verkkopalvelun käytöstä potilastyössä. Aiheen selventämiseksi on kuitenkin syytä avata vielä tarkemmin palvelun käyttöön liittyviä käsitteitä.

#### **Käytettävyys**

Nielsenin (1993) paljon käytetyn jaottelun mukaan palvelun käytettävyys ja hyödyllisyys muodostavat palvelun käyttökelpoisuuden. Hyödyllisyys voidaan Nielsenin mukaan mitata yksinkertaisesti arvioimalla tekeekö palvelu sitä mitä sen pitäisi. Käytettävyys taas mitataan sillä, kuinka hyvin käyttäjät pystyvät hyödyntämään palvelun toiminnallisuutta. Tärkeimpiä palveluiden käytettävyystekijöitä ovat palvelun opittavuus (*learnability*), tehokkuus (*efficiency*), muistettavuus (*memorability*), tyytyväisyys/miellyttävyys (*satisfaction*) ja vähäinen virhemäärä (*errors*). (Nielsen 1993, 24–26.) Määrittely on vanha, mutta edelleen laajasti käytetty verkkopalveluiden käyttöä ja käytettävyyttä mittaavissa tutkimuksissa.

ISO 9241–11 –standardissa käytettävyys määritellään samankaltaisesti ”mittariksi, jolla mitataan kuinka käyttökelpoinen, tehokas ja miellyttävä tuote on käyttää oikeassa käyttöympäristössään” (Sinkkonen, Nuutila ja Törmä 2009, 20). Käytettävyyden (*usability*) käsitteeseen liittyy kiinteästi myös palvelun saavutettavuus ja käyttäjäkokemus. (Valtiovarainministeriö 2008, 11.) Palvelun käytettävyyden kehittäminen painottuu palvelun ja sen ominaisuuksien kehittämiseen mahdollisimman tehokkaaksi ja helppokäyt-



töiseksi (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 22). Palvelun käytettävyyttä ja saavutettavuutta voidaan arvioida kävijämäärien seurannalla. Se ei voi kuitenkaan olla arvioinnin ainoana pohjana, sillä palvelulla voi olla paljon yksittäiskäyttäjiä. Lisäksi palvelu voi olla luonteeltaan sellainen, ettei käyttö ole usein toistuvaa. Tärkeää on että käyttäjä palaa palveluun myöhemmin uudelleen. (Valtiovarainministeriö 2008, 55–56.)

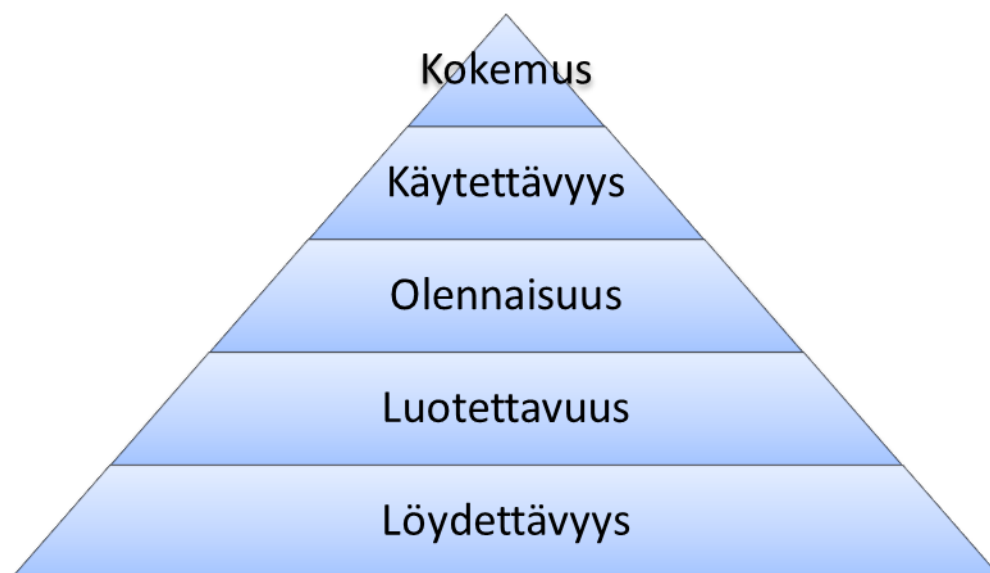
### **Käyttö- ja käyttäjäkokemus**

Palvelun käytettävyyden rinnalla puhutaan siis myös palvelun käyttö- ja käyttäjäkokemuksesta. Palvelun käyttökokemus koostuu esimerkiksi palvelun sisällöstä ja merkityksellisyydestä käyttäjälle, asioiden löydettävyydestä ja palvelun visuaalisesta ilmeestä. Verkkosovelluksen käyttökokemukseen vaikuttaa merkittävästi se kuinka hyvin palvelun logiikka istuu käyttäjän tapaan tehdä työtään. Käyttäjäkeskeinen verkkopalvelu tukee käyttäjien luonnollisia työskentelytapoja, mikä saa käyttäjät hyödyntämään sitä. (Sinkkonen ym. 2009, 18, 23, 35.)

Käyttäjäkokemus alkaa muodostua jo ennen palvelun varsinaista käyttöä, sillä siihen liittyvät käyttäjän toiveet, odotukset, palvelubrändi ja muiden mielipiteet. Nämä ennako-odotukset voivat palvelun käytön aikana joko muuttua tai vahvistua. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 22.) Käytettävyyden ja käyttökokemuksen suhde on myös vastavuoroinen. Jos käyttäjä pitää palvelusta, hän myös sietää jonkin verran käytettävyydevirheitä. (Sinkkonen ym. 2009, 19.)

Valtiovarainministeriön (2008, 12–13) mukaan palvelun käyttökokemusta voidaan kuvata oheisen pyramidimallin (Kuvio 2) mukaan. Palvelun käyttökokemuksen pohja on sen löydettävyys hakukoneissa, johon vaikuttavat palvelun markkinointi ja tiedottaminen. Palvelun luotettavuuteen taas vaikuttavat tietoturva, toimivuus ja virheettömyys. Nämä tekijät tuovat käyttäjälle turvallisuudentunnetta ja viestittävät palvelua tarjoavan organisaation luotettavuudesta. Palvelun olennaisuus pitää sisällään sen toiminnallisuuden, oikea-aikaisuuden ja soveltuvuuden asiakkaan käyttötarpeisiin ja -

tilanteisiin. Käytettävyyden tärkeimmät seikat ovat palvelun helppokäyttöisyys, tehokkuus ja opittavuus. Käytön kokemus pitää sisällään palvelun käytön aiheuttaman mielihyvän, palvelun elämyksellisyyden ja positiivisen yllätyksellisyyden suhteessa palvelunkäyttäjän omiin arvostuksiin.



Kuvio 2. Käyttökokemuksen elementit (mukailtu lähteestä Valtiovarainministeriö 2008, 12).

Valtiovarainministeriö (2012) on kehittänyt Laatusetä verkkoon -laatuksriteristön työkaluksi julkisten verkkopalvelujen laadun kehittämiseen ja arviointiin. Laatuksriteristö koostuu viidestä verkkopalvelujen arviointialueesta. Näitä ovat käyttö, sisältö, johtaminen, tuottaminen ja hyödyt. Käyttöä ja sisältöä tarkastellaan käyttäjän näkökulmasta, johtamista ja tuottamista taas palveluntarjoajan toimintaa tarkastelemalla. Saavutettua hyötyä voidaan arvioida sekä verkkopalvelun käyttäjän että tarjoajan kannalta. (Valtiovarainministeriö 2012, 15, 19–20.) Koska tämä hanke käsittelee palvelunkäyttäjien kokemuksia palvelusta, käsitellään seuraavaksi vielä tarkemmin verkkopalvelun käytön, sisällön ja hyödyn tekijöitä tähän laatuksriteristöön pohjaten. Lisäksi nostetaan esiin käyttäjälähtöisyys palvelujen suunnittelussa.

## **Käyttö**

Verkkopalvelun käytön kannalta on olennaista, että palvelu löytyy helposti. Verkkopalvelua tulee voida käyttää kielilain mukaisesti eri kielillä ja vuorokaudenajasta riippumatta. Palvelun käytön tulee tuntua käyttäjältä turvalliselta ja luotettavalta. Käytön tulee olla nopeaa ja tehokasta, ja sivustolla navigoiminen ja tiedon löytäminen tulee olla helppoa. Maksullisen verkkopalvelun osan tulee myös erottua selkeästi muusta sisällöstä. (Valtiovarainministeriö 2012, 35–56.). Myös Sundgrenin (2013) mukaan sivuston latautumisenopeus, navigointirakenteen selkeys, sivuston ammattimainen ulkoasu, sekä visuaalisten apukeinojen käyttö ovat terveyden edistämiseen painottuvien internet-sivustojen käyttöä edistäviä ominaisuuksia. Olennaisinta on kuitenkin palvelun helppokäyttöisyys. (Sundgren 2013, 34–36.) Samaa mieltä on Vinkanharju (2006), joka on tutkinut suomalaisen terveystietoportaalien käytettävyyttä kansalaisten näkökulmasta. Tässä Nielsenin (1993) käytettävyyden kriteereihin pohjautuvan käytettävyyssarvioinnissa todettiin, että portaalien helppokäyttöisyys vaikuttaa positiivisesti palvelun käyttäjämääriin ja käytön tiheyteen. (Vinkanharju 2006, 32, 53–55.)

## **Sisältö**

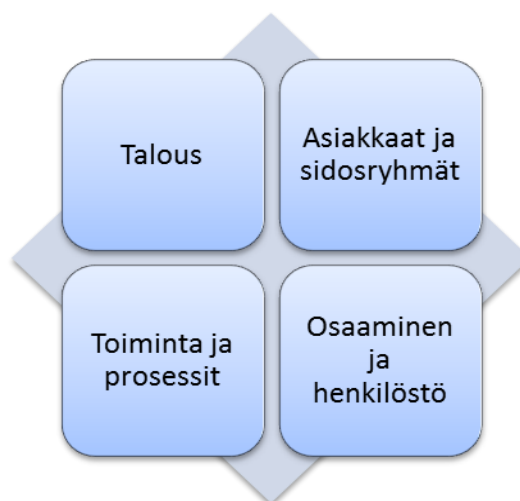
Verkkopalvelun sisällön tulee olla rakenteeltaan tarkoituksenmukaisesti jäsennelty. Sisällön tulee olla jäsenneltynä loogisiin ja hierarkkisiin kokonaisuuksiin ja rakenteen tulisi vastata käyttäjien lähestymistapaa käsiteltäviin aiheisiin. Palvelun sisällön tulee olla myös luotettavaa. Tämä pitää sisällään niin tarjotun tiedon oikeellisuuden ja ajantasaisuuden, kuin tietolähteiden ja päivitysajankohtien selkeän merkitsemisen. Sisällön tulee olla myös kattavaa niin, että se sisältää käyttäjälle olennaisen ja tarpeellisen tiedon palvelun aihepiireistä. Tekstisisällön pitää olla ymmärrettävää ja luettavaa, eli selkeää, virheetöntä ja käyttäjälähtöistä. Käyttäjän tulee myös saada verkkopalvelun kautta hyvää palvelua esimerkiksi niin, että käyttäjä saa asiansa hoidetuksi verkkopalvelussa kokonaan tai mahdollisimman pitkälle. Neuvonta, avun saanti ja palautteen antaminen tulee

myös olla helposti käyttäjän saatavilla. (Valtiovarainministeriö 2012, 57–63.)

Sundgrenin (2013) mukaan internet-sivustojen terveystiedon välittäjänä keskeistä on sivuston sisältö ja sisällön toimiminen intervention välineenä. Sisällön tärkeiksi kriteereiksi todetaan Valtiovarainministeriön (2012, 57–63) tapaan tiedon luotettavuus, ajantasaisuus, ymmärrettävyys ja soveltuvuus kohderyhmälle. Sivusto toimii intervention välineenä esimerkiksi tarjoamalla selkeitä interventio-ohjelmia tupakoinnin lopettamiseen tai alkoholinkäytön vähentämiseen. (Sundgren 2013, 30–31.)

## Hyöty

Sähköisten palvelujen kehittämisessä pyritään luonnollisesti siihen, että ne tuottaisivat mahdollisimman paljon hyötyä. Hyötynäkökulmat (Kuvio 3) voidaan jaotella neljään osa-alueeseen: taloudellinen hyöty, asiakkaiden ja sidosryhmien saamat hyödyt, toiminnan ja prosessien tehostumisen hyödyt sekä osaamisen ja henkilöstön näkökulmasta saavutettavat hyödyt. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 20.)



Kuvio 3. Sähköisten palveluiden hyötynäkökulmat (mukailtu Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 20).

Esimerkiksi organisaatiotasolta katsottuna verkkopalvelusta on hyötyä jos se tukee organisaation strategisia tavoitteita, luo kustannussäästöjä ja lisää tuottavuutta (Valtiovarainministeriö 2012, 93–95). Taloudellinen hyöty

voi näkyä kustannussäästöinä ja tuottavuuden lisääntymisenä, kun esimerkiksi osa rutiinityöstä voidaan korvata sähköisillä palveluilla. Asiakkaiden ja sidosryhmien palvelutaso voi sähköisten palvelujen myötä parantua, kun asioiminen on helpompaa, nopeampaa ja joustavampaa. Toiminnan ja prosessien hyödyt voivat näkyä esimerkiksi tiettyjen toimintojen tehostumisena ja lyhyempinä käsittelyaikoina. Osaamisen ja henkilöstön kannalta hyöty voi merkitä osaamisen parempaa kohdistamista, organisaation kehittymistä ja parempaa työtyytyväisyyttä. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 70.)

Verkkopalvelun tunnettavuus auttaa tavoittamaan kohteena olevat käyttäjäryhmät. Kun verkkopalvelun tunnettavuus ja käytettävyys on hyvä, verkkopalvelun kävijämäärät kasvavat ja perinteisten palvelujen käytön määrä vähenee. (Valtiovarainministeriö 2012, 93–95.) Sähköisen palvelun tehokas käyttöönotto vaatii siis tehokasta viestintää, jotta käyttäjät löytävät uuden palvelun pariin. Palvelun käyttöönotossa ja tiedottamisessa on huomioitava organisaation sisäiset ryhmät, sidosryhmät ja palvelun käyttäjät. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 32.)

Verkkopalvelun tarjoama hyöty voi olla myös epäsuoraa, esimerkiksi kyky tukea käyttäjien vaikuttamismahdollisuuksia. Verkkopalvelun käytön tulisi tuottaa myös lisäarvoa esimerkiksi tekemällä tiedon etsintä ja löytäminen helpommaksi kuin muita kanavia pitkin. Lisäarvoa tuovat myös positiivinen käyttökokemus ja vuorovaikutus muiden käyttäjien kanssa. (Valtiovarainministeriö 2012, 95–96.) Leskisen (2008, 95–98) mukaan organisaatioiden verkkopalvelujen kehittämistyön haasteena ovatkin juuri laatutekijöiden huomioiminen, sekä vuorovaikutteisten asiointipalvelujen kehittäminen. Verkkopalvelujen lisäarvo kun saavutetaan huomioimalla verkkopalvelujen laatukriteerit ja verkkopalvelujen käyttäjien tarpeita.

### **Käyttäjälähtöisyys**

Käyttäjälähtöisyys tarkoittaa käyttäjän ominaisuuksien, tarpeiden ja toiveiden huomioimista palvelussa ja palvelun suunnittelussa. Käyttäjälähtöisessä suunnitteluprosessissa käyttäjiltä haetaan vahvistusta ideoille ja

syntyneet konseptit tai prototyypit testataan käyttäjillä. Ilmenevät puutteet sekä esiin nousseet huomiot ja ideat antavat vahvistusta kehittämiskäytännöille. (Valtiovarainministeriö 2008, 13.)

Käyttäjakeskeisen suunnittelun vastakohtia ovat järjestelmäkeskeinen, teknologisista lähtökohdista etenevä suunnittelutapa sekä asiantuntijakeskeinen malli, jossa palvelua kehitetään suunnittelijan näkökulmasta. Käyttäjälähtöisyyteen kuuluu myös palveluun liittyvän konseptin ymmärtäminen, eli sen suhteet ja riippuvuudet muihin palveluihin. Käyttäjälähtöiseen suunnitteluun kuuluvat lisäksi käyttäjätarpeiden selvittäminen, käytettävyyttä koskevien tekemisten tekeminen ja erilaiset käytön seurannat. (Valtiovarainministeriö 2008, 13.)

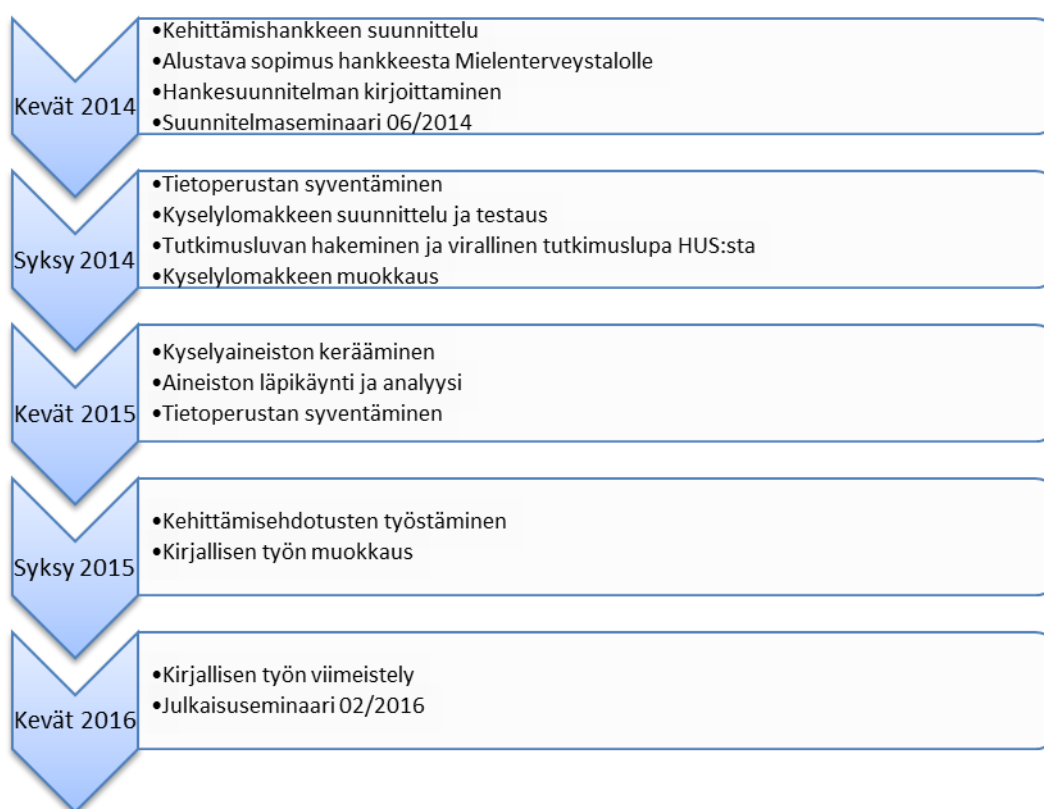
Käyttäjälähtöisyyden perustana on tunnistaa palvelun käyttäjät, ydinkäyttötapaukset ja esille nousseet käyttötilanteet. Samalla pyritään huomioimaan käyttötilanteissa ilmenneet ongelmat, toiveet ja ehdotukset. Huomiota tulisi kiinnittää erityisesti asioihin joista on tullut eniten palautetta, sekä pohtia mistä aiheesta tarvittaisiin lisää tietoa. (Valtiovarainministeriö 2008, 19.)

Tässä työssä käyttäjällä tarkoitetaan ensisijaisesti Mielenterveystaloa käyttävää ammattilaista, mutta huomioitavaa on, että palvelu on suunniteltu sekä asiakas- että ammattilaiskäyttöön (Mielenterveystalo 2015). Erilaisten asiakkuuksien ja kansalaisen ja ammattilaisen roolin erottamiseksi tässä työssä käytetään termiä *potilas* puhuttaessa ammattilaiseen hoitosuhteessa olevasta henkilöstä. *Kansalaisella* viitataan palvelua itsenäisesti hyödyntävään henkilöön muusta statuksesta riippumatta.

## 4 TUTKIMUKSELLISEN KEHITTÄMISHANKKEEN TOTEUTUS

### 4.1 Kehittämishankkeen eteneminen

Tutkimuksellinen kehittämishanke toteutettiin vuosien 2014–2016 aikana (Kuvio 4). Keväällä 2014 hahmoteltiin kehittämishankkeen suunnitelma ja sovittiin alustavasti yhteistyöstä Mielenterveystalon kanssa. Opinnäytetyön suunnitelmaseminaari pidettiin kesäkuussa 2014. Tämän jälkeen työstettiin työn tietoperustaa ja kyselylomaketta. Tutkimussuunnitelmalla ja alustavalla kyselylomakkeella haettiin virallinen tutkimuslupa HUS:n psykiatrian tulosalueelta. Tutkimuslupa työlle myönnettiin syyskuussa 2014. Tämän jälkeen kyselylomake työstettiin lopulliseen muotoonsa ja kyselyaineisto kerättiin tammikuussa 2015. Kevät 2015 kului pitkälti kyselyaineiston käsittelyssä ja analyysissä. Samaan aikaan syvennettiin kirjallisen työn tietoperustaa ja metodiikkaa. Loppuvuodesta 2015 paneuduttiin työn kehittämismenetelmiin ja kirjallinen työ viimeisteltiin vuoden 2016 alussa.



Kuvio 4. Tutkimuksellisen kehittämishankkeen eteneminen.

## 4.2 Käyttäjätutkimus

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutui käyttäjätutkimuksena. Käyttäjätutkimus on hyvä keino saada tietoa palvelun kohderyhmästä ja sen käyttäytymisestä. Käyttäjätutkimuksen avulla voidaan selvittää käyttäjien tottumuksia, palvelun käyttötapoja sekä palveluun kohdistuvia toiveita ja tarpeita. Keskeisiksi teemoiksi voidaan nostaa esimerkiksi se mikä käyttäjien mielestä on palvelussa tärkeää ja hyödyllistä, tai miten, missä ja kuinka he käyttävät palvelua. Tutkimustulokset voivat auttaa kehittämään palvelua niin, että käyttäjien tarpeet ja toiveet tulevat paremmin huomioituksi. Eräs yleinen käyttäjätutkimuksen muoto on kysely. (Valtiovarainministeriö 2008, 26.)

Käyttäjätutkimuksella voidaan saada syvällisempää ymmärrystä palvelun käyttäjien tavoitteista ja toimintatavoista kuin tarkastelemalla pelkkiä palvelun käyttölukuja. Mittaustieto kertoo mitä palvelussa tapahtuu, mutta käyttäjätutkimus pyrkii lisäämään ymmärrystä käyttäjien motiiveista. Käyttäjätutkimus voi myös auttaa kehittämään palvelua käyttäjän tarpeiden ja toimintatapojen mukaiseksi, sekä entistä helppokäyttöisemmäksi. Sillä voidaan saada esiin myös käyttäjäryhmän piilevät tarpeet. (Valtiovarainministeriö 2008, 27, 56.) Humala (2007, 149–150) painottaa, että asiakkaat ja käyttäjät kannattaa ottaa kiinteästi mukaan verkkopalveluiden kehittämiseen, sillä käyttäjävuorovaikutus on olennainen osa virtuaalista palveluprosessia.

Tässä työssä käyttäjätutkimus kohdistui Mielenterveystalo-nettiportaalin ammattilaiskäyttäjiin eli sosiaali- ja terveysalan ammattilaisiin. Käyttäjätutkimus toteutettiin määrällisenä verkkokyselynä. Kyselyssä selvitettiin käyttäjäryhmän kokemuksia portaalista Mielenterveystalon sähköisten palveluiden kehittämisen tueksi. Kyselyssä keskityttiin Mielenterveystalon aikuisten osioon ja sen sisältöön. Kyselystä rajattiin pois portaalin Nuorten Mielenterveystalon erillisisältö ja Nettiterapiat. Allekirjoittanut toimi hankkeessa ulkopuolisena kehittäjätahona, eikä allekirjoittaneella ole tämän kehittämishankkeen lisäksi muita sidonnaisuuksia Mielenterveystaloon.



Tämä vastaa perinteistä tutkimusasetelmaa, jossa tutkija ja tutkittava ilmiö pidetään erillään (Kananen 2014, 54).

### 4.3 Verkkokysely

Työn tutkimuksellinen osuus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä verkkokyselynä, jossa hyödynnettiin myös laadullisen tutkimuksen menetelmiä. Lähestymistapa valittiin, koska kvantitatiivisella otteella voidaan tuottaa käytännön työelämää hyödyttävää dataa päätöksenteon ja kehittämisen tueksi. Verkkotutkimus on aineistonkeruumenetelmänä kustannustehokas ja helppo, sillä verkkoa hyödyntävillä aineistonkeruumenetelmillä voidaan tavoittaa ihmisiä helposti ja nopeasti etäisyyksistä riippumatta. (Kananen 2014, 22, 52.) Määrällisellä verkkokyselyllä on mahdollista saada tietoa laajemmasta käyttäjäjoukosta kuin esimerkiksi haastatellen. Vaarana on tiedon pinnallisuus, mutta sitä voi syventää yhdistämällä kvalitatiivisia ja kvantitatiivisia menetelmiä. (Valtinvarainministeriö 2008, 28–29). Tässä kyselyssä määrälliseen kysymyksenasetteluun yhdistettiin laadullista aineistoa tuottavia avoimia kysymyksiä.

Verkkokysely vastaa perinteistä postikyselyä, toteutustapa vain on erilainen. Verkkokysely laaditaan siirtämällä kyselypohja ja siihen liittyvä tietokanta serverille, jonne vastaajat ohjataan vastaamaan. Verkkokyselyyn vastaaminen onnistuu yleensä lähes kaikilta verkkoa käyttäviltä henkilöiltä. Ratkaisujen tulee kuitenkin olla tuttuja ja yksinkertaisia käyttää niin tutkitavalle kuin tutkijallekin. (Kananen 2014, 23, 28.) Tässä työssä kysely toteutettiin webropol-kyselynä. Webropol on suomalaisen kysely- ja analysointisovellukseen erikoistuneen Webropol Oy:n sähköinen kyselymalli (Webropol 2015). Sovellus valittiin sen helppokäyttöisyyden vuoksi ja Lahden Ammattikorkeakoulun lisenssillä kyselyn toteutus oli maksutonta.

Kyselyn kysymykset rajattiin kehittämishankkeen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiin kysymyksiin. Teemat on nostettu luvussa kolme esitellystä teoriapohjasta. Kyselyn runkona käytettiin etenkin Valtiovarainministeriön (2008, 12) palvelun käyttökokemuksen elementtejä, Nielsenin (1993, 24–26) palvelun käytettävyyden määritelmää ja

Valtiovarainministeriön (2012, 15) verkkopalveluiden laatukriteeristöä. Olemassa olevat tutkimukset ja teoriat mahdollistavat sen, että niistä voi johtaa suoraan yksityiskohtaisiakin kysymyksiä (Kananen 2014, 55).

Määrällisen tutkimuksen mittaus edellyttää käsitteiden määrittelemistä mitattavaan muotoon. Tutkimukseen vastaavien henkilöiden tulee ymmärtää käsitteet ja kysymykset samalla tavalla, jotta saatu tutkimustulos on luotettava. Käsitteiden operationalisointi on prosessi, jossa tutkija määrittelee käyttämänsä käsitteet, purkaa ne osa-alueisiin ja kääntää ne arkikielelle vastaajien ymmärrettävään muotoon. (Vilkkä 2007, 37.) Mittaaminen suoritetaan kysymyksillä ja vastausvaihtoehdoilla, jotka laaditaan tavoittamaan mitattava ilmiö. Esimerkiksi mielipiteitä voidaan mitata samaa ja eri mieltä olevilla asteikoilla. (Kananen 2014, 136–137.) Mitattavalle muuttujalle (esimerkiksi sukupuoli) annetaan erilaisia ominaisuuksia eli attribuutteja (esimerkiksi mies, nainen). Attribuuteille taas annetaan numeeriset arvot (esimerkiksi 1-2). Tämä mahdollistaa aineiston matemaattisen käsittelyn. (Kananen 2014, 140–141.)

Kyselylomakkeen (Liite 1) kysymykset ryhmiteltiin aihepiireittäin. Kysely jaettiin aihepiirien mukaisesti neljään osioon; *vastaajien taustatiedot, palvelun käytettävyyden ja sisällön arviointi, palvelun hyödyt ja käyttäjäkokemukset osana potilastyötä, sekä palvelun kehittämisehdotukset*. Aihealueiden kysymykset pyrittiin muodostamaan ns. suppilotekniikkaa käyttäen, eli yleisestä teemasta yksityiskohtaisempaan. Tämä on havaittu ihmisen muistirakenteen kannalta toimivaksi kyselytekniikaksi. (Kananen 2008, 31.)

Kysely koostui strukturoiduista ja avoimista kysymyksistä. Strukturoituihin eli suljettuihin kysymyksiin määriteltiin ennalta valmiit vastausvaihtoehdot, joista vastaaja valitsi mieleisensä vaihtoehdon. Strukturoidut kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia etenkin silloin, kun mahdolliset vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja vaihtoehtoja on rajoitetusti. Suljettujen kysymysten etuna on vastausten käsittelyn yksinkertaistaminen, sekä vastaamisen yksinkertaistaminen. Näiden lisäksi käytettiin sekamuotoista kysymyksenasettelua, jolloin valmiiksi määriteltujen vaihtoehtojen lisäksi oli

vielä avoin vastausvaihtoehto. Sekamuotoisia kysymyksiä on hyvä käyttää silloin, kun kaikkia vastausvaihtoehtoja ei pystytä varmasti määrittämään ennalta. (Heikkilä 2008, 50–52.)

Vastaajien mielipiteitä kartoitettiin Likertin asteikon avulla, joka on tyypillinen portaittainen asenneasteikko (Hirsjärvi ym. 2013, 199–200). Asteikko sisälsi vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä, jokseenkin samaa mieltä, jokseenkin eri mieltä, täysin eri mieltä”. Asteikkoon sisällytettiin myös vaihtoehto ”en osaa sanoa”. Tällä vaihtoehdolla poistettiin vastaamisen pakko ja pystyttiin eliminoimaan ne vastaajat, jotka eivät halunneet kertoa mielipidettään tai joilla ei ollut tietoa asiasta. Tämä auttaa poistamaan aineiston tilastollisia vääristymiä. (Kananen 2014, 145–146.)

Kanasen (2008, 33) mukaan hankalat ja arkaluontoiset kysymykset kannattaa jättää kyselylomakkeen loppuun. Tämä perustellaan sillä, että kyselyprosessin aikana kehittyä luottamussuhde, joka edesauttaa vaikeidenkin kysymysten esittämistä. Tätä ajatusta hyödynnettiin kyselyssä sijoittamalla avoimia, vastaajan pohdintaa edellyttäviä kysymyksiä eniten lomakkeen loppuun. Avoimilla kysymyksillä saadaankin usein esiin vastaajien tietämys aiheesta ja se, mikä heidän mielestään on keskeistä ja tärkeää. Toisaalta avoimet kysymykset voivat myös tuottaa laadullisesti hyvin vaihtelevaa aineistoa, jonka tulkinta on haastavaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 195, 201.)

#### 4.4 Kyselyaineiston kerääminen

Tutkimusilmiöön kuuluvan kohderyhmän tavoittaminen on yleensä haaste tutkimustavasta riippumatta. Luotettavan tiedon tuottamiseksi täytyy tavoittaa tarpeeksi edustava otos tutkimuksen kohteena olevasta joukosta eli populaatiosta. Edustavuus on yleensä suurempi ongelma kvantitatiivisissa tutkimuksissa, joissa tutkittavien määrät ovat useita kymmeniä tai satoja. Hyvällä otoksella voidaan saada koko kohderyhmään pätevää luotettavaa tietoa. (Kananen 2014, 21–22.)

Tutkimuksen kohteena oleva Mielenterveystalon avointen verkkopalvelujen käyttö perustuu vapaaehtoisuuteen, joten otosta oli mahdotonta määrittää tarkasti etukäteen. Täten päätettiin käyttää niin sanottua lumipallootantaa, jossa tutkittavan ilmiön piiriin kuuluvat henkilöt suosittelevat muita, aiheesta tietäviä vastaajia osallistumaan kyselyyn (Kananen 2014, 179). Tässä tapauksessa kyselyä päätettiin jakaa ensisijaisesti sairaanhoitopiirien Mielenterveystalo-koordinaattorien avulla heidän sähköpostiverkostoissaan ja verkostoista vielä eteenpäin. Koska haluttu tieto painottuu palvelun käyttäjien kokemuksiin eikä esimerkiksi käytön yleisyyteen, ei satunnaisotannan käyttö ollut tässä kyselyssä tarkoituksenmukaista. Kyselyn levittäminen Mielenterveystalon aluekoordinaattorien kautta auttoi kohdentamaan kyselyä potentiaalisille vastaajille ja tavoittamaan heitä henkilökohtaisemmalla tasolla.

Kysely (Liite 1) luotiin webropol-kyselyksi marraskuussa 2014. Kyselyä testattiin lähettämällä kyselyn avoin linkki kymmenelle valikoidulle koevastaajalle. Heistä osalla oli kokemusta sosiaali- ja terveysalan palveluista, osalla Mielenterveystalon käytöstä ja osalla taas puhdasta tietoteknistä osaamista. Koevastaajilta saadun palautteen mukaan kyselyä muokattiin selkeyttämällä vastausvaihtoehtoja, korjaamalla teknisiä virheitä ja muokkaamalla kyselyn ulkoasua.

Kysely laitettiin joulukuussa 2014 kommentoitavaksi Mielenterveystalon projektipäällikölle. Saatujen kommenttien ja ehdotusten mukaan kyselyn tiedonkeruualueetta laajennettiin käsittämään kaikki tammikuun puoleen väliin mennessä Mielenterveystalon käyttäjiksi liittyneet sairaanhoitopiirit. Kysely sovittiin julkaistavaksi tammikuun puolen välin jälkeen, jotta lomakausi ei vaikuttaisi kyselyn vastaamisaktiivisuuteen.

Kysely lähti 18.1.2015 sähköpostitse kahdeksalletoista Mielenterveystalon aluekoordinaattorille. Kyselyn liitteeksi laadittiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tärkeydestä, ohjeistettiin vastaamisessa, sekä rohkaistiin vastaamaan määräaikaan mennessä (Hirsjärvi ym. 2013, 204). Saatekirje toimi sähköpostin viestinä ja sen lopusta löytyi avoin vastauslinkki webropol-kyselyyn. Mielenterveystalon aluekoordinaat-

toreita pyydettiin jakamaan sähköpostiviestiä eteenpäin mahdollisimman laajasti omissa verkostoissaan henkilöille, jotka mahdollisesti käyttäisivät Mielenterveystaloa työssään. Tämän lisäksi kyselyn linkki julkaistiin 19.1.2015 Mielenterveystalon Facebook-sivuilla. Vastausajaksi määriteltiin ennalta sovitusti noin kaksi viikkoa, tässä tapauksessa 31.1.2015 asti.

Kysely tuotti ensimmäisellä viikolla 31 vastausta. 25.1.2015 lähetettiin aluekoordinaattoreille uusi viesti, jossa pyydettiin jakamaan kyselyä edelleen ja muistuttamaan kyselyyn vastaamisesta. Toisen viikon aikana kyselyyn vastasi 26 henkilöä. Yhteensä vastauksia kertyi siis 57 kappaletta. Kyselyn linkki suljettiin 1.2.2015. Viimeisen kahden vuorokauden aikana kyselyyn ei tullut yhtään vastausta.

Kontrolloimattoman aineistonkeruutavan vuoksi on mahdotonta tietää kuinka paljon vastaajia kysely kokonaisuudessaan tavoitti. Kyselyä levitettiin sähköpostitse alkuperäisistä vastaajaryhmistä edelleen ja kyselyn linkki oli myös avoimessa jaossa sosiaalisessa mediassa. Tämän vuoksi kyselyn vastausprosenttia ei voida luotettavasti arvioida. Suuntaa antavasti voidaan kuitenkin todeta, että webropol-statistiikan mukaan kysely avattiin vastauksia lähettämättä 110 kertaa ja vastauksia kertyi 57 kappaletta. Tästä voidaan laskea karkeaksi vastausprosentiksi 52 %. Laskelmasta puuttuvat toki ne henkilöt, jotka eivät esimerkiksi ajan tai kiinnostuksen puutteen vuoksi reagoineet kyselyyn mitenkään.

#### 4.5 Aineiston analyysitavat

Määrällisestä aineistosta pyritään tekemään yleistyksiä, jotka pätevät kyseiseen kohderyhmään. Tulokset voidaan esittää suorina jakaumina, ristiintaulukointeina tai muuttujista laskettuina tunnuslukuina. Suora jakauma tarkastelee yhteen kysymykseen saatujen vastausten kappalemääriä. Ristiintaulukoinnissa tarkastellaan puolestaan samanaikaisesti kahta kysymystä nimensä mukaisesti ristiin, eli muodostetaan näistä yhdistelmätaulukko. (Kananen 2014, 209–210.) Työn luonteen ja aineiston koon vuoksi tulosten esittämisessä käytettiin pääasiassa suoria jakaumia ja ristiintaulukointia. Samasta syystä vastaajamäärät on esitetty kappaleina kokonais-

määrästä (n). Likert-asteikko on järjestysasteikko, josta ei perinteisesti laskeeta keskiarvoja (Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen 2013, 134) ja myös asteikkokysymyksissä vastaukset on esitetty kappalemäärinä. Asteikkoihin sisällytetty vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” rajattiin analyysivaiheessa vastauksista pois tulkinnan yksinkertaistamiseksi.

Määrällisten tutkimusten tulosten raportoinneissa käytetään yleensä taulukoita, kuvioita tai kaavioita. Niiden on tarkoitus havainnollistaa ja tukea tutkimustekstiä, ei korvata sitä. (Vilka 2015, 204–205.) Webropol-ohjelma siirtää vakioitujen kysymysten vastaukset suoraan tilasto-ohjelmaan, joten erillistä tietojen syöttöä esimerkiksi SPSS-ohjelmaan ei tarvinnut tehdä. Saatu data muokattiin visuaaliseen muotoon Microsoft Excel-ohjelmassa. Tulososiossa (Luku 5) tuodaan esille keskeiset tulokset, jotka on avattu kuvioin (Kuviot 5-16 tekstissä ja kuviot 1-34 liitteessä 3).

Avoimien kysymysten kohdalla käytettiin laadullisen aineiston teemoittelua, eli etsittiin aineistosta toistuvia, tiettyä teemaa kuvaavia näkemyksiä. Nämä koottiin ydinteemoiksi. (ks. Tuomi & Sarajarvi 2013, 91–93.) Tässä työssä teemoittelu suoritettiin siirtämällä laadullinen aineisto kysymys kerrallaan tekstinkäsittelyohjelmaan, lajittelemalla yksittäiset vastaukset samankaltaisiksi teemoiksi ja muodostamalla näistä kysymyskohtaiset pääteemat.

## 5 KYSELYN TULOKSET

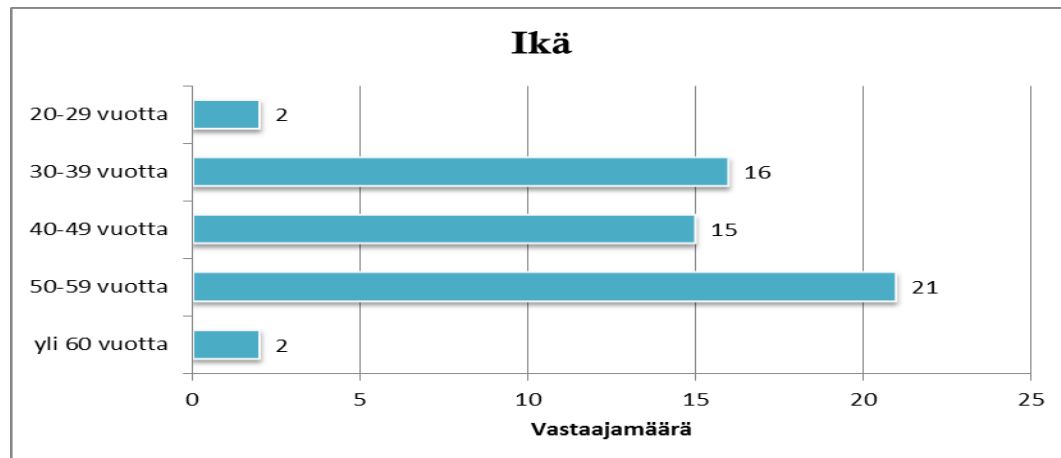
### 5.1 Taustatiedot

#### Otoskoko

Kyselyyn tuli määräaikaan mennessä 57 vastausta. Vastauskriteerinä oli, että vastaaja oli käyttänyt Mielenterveystalon verkkosivuja työhönsä liittyen. Tällä kriteerillä hylättiin yksi vastaus, jolloin aineiston kooksi muodostui 56 vastausta (n=56).

#### Ikä ja sukupuoli

Valtaosa kyselyyn vastanneista ammattilaisista oli naisia, miehiä oli reilu kymmenesosa (Liite 3, Kuvio 1). Vastaajien ikä (Kuvio 5) vaihteli yli kahdestakymmenestä yli kuuteenkymmeneen ikävuoteen ja määränemmistö asettui ikäryhmään 50–59 vuotta. Vain muutama vastaaja edusti nuorinta ja vanhinta ikäluokkaa.

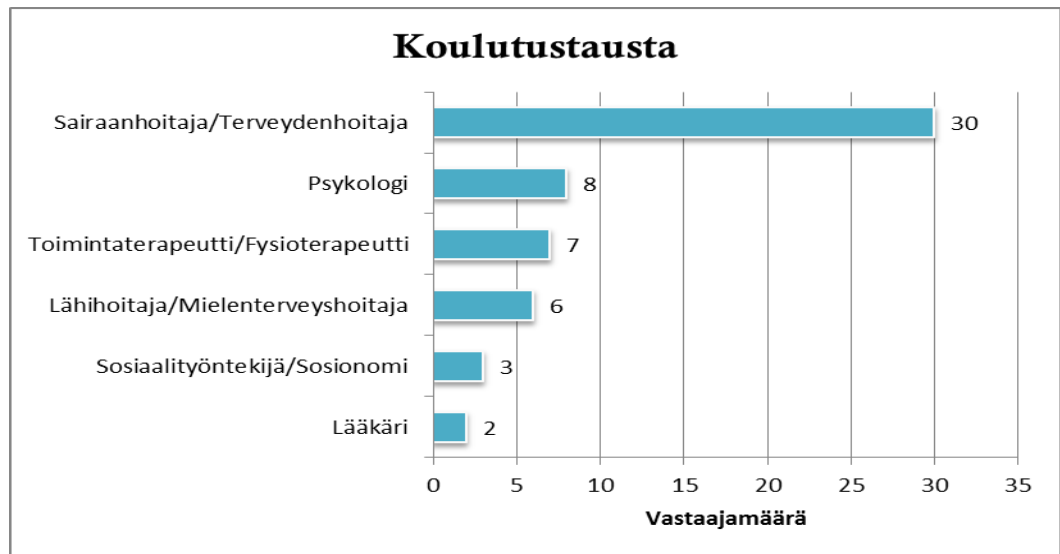


Kuvio 5. Vastaajien ikäjakauma (n=56).

#### Koulutustausta

Reilu enemmistö kaikista vastaajista (Kuvio 6) oli sosiaali- ja terveysalan korkeakoulutettuja ammattihenkilöitä. Tähän ryhmään luettiin sairaanhoitajat ja terveydenhoitajat, sosiaalityöntekijät ja sosionomit sekä toimintaterapeutit ja fysioterapeutit. Viidennes oli suorittanut ylemmän korkeakoulutut-

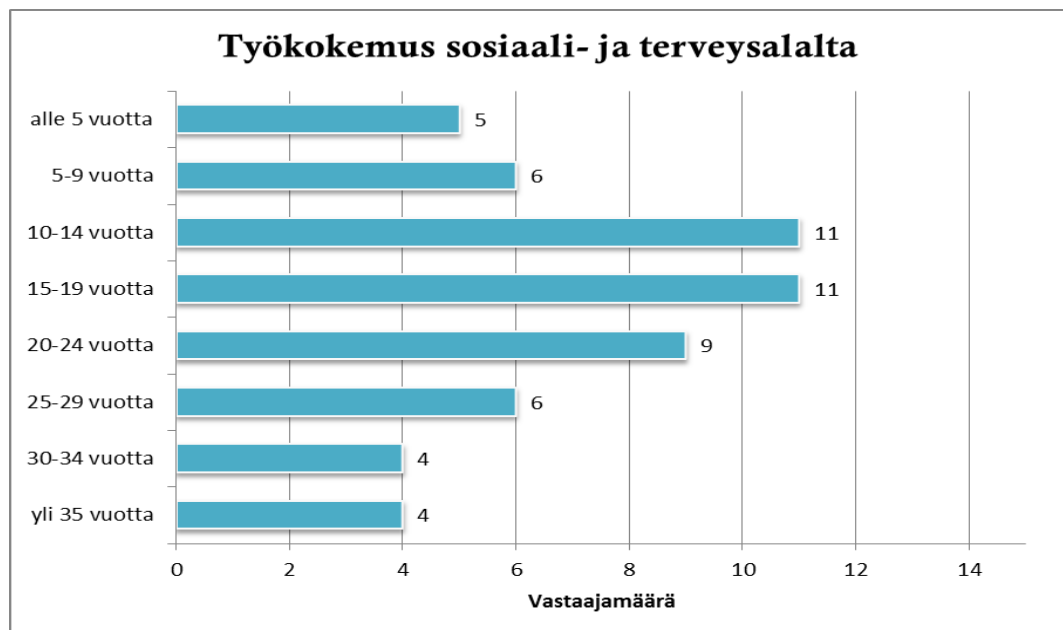
kinnon (lääkärit ja psykologit) ja noin joka kymmenes sosiaali- ja terveystalalan perustutkinnon (lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat).



Kuvio 6. Vastaajien koulutustausta (n=56).

### Työkokemus

Vastaajien työkokemus sosiaali- ja terveystalalta (Kuvio 7) vaihteli runsaasti, alle viidestä yli 35 vuoteen. Enemmistö oli työskennellyt alalla 10–19 vuotta.

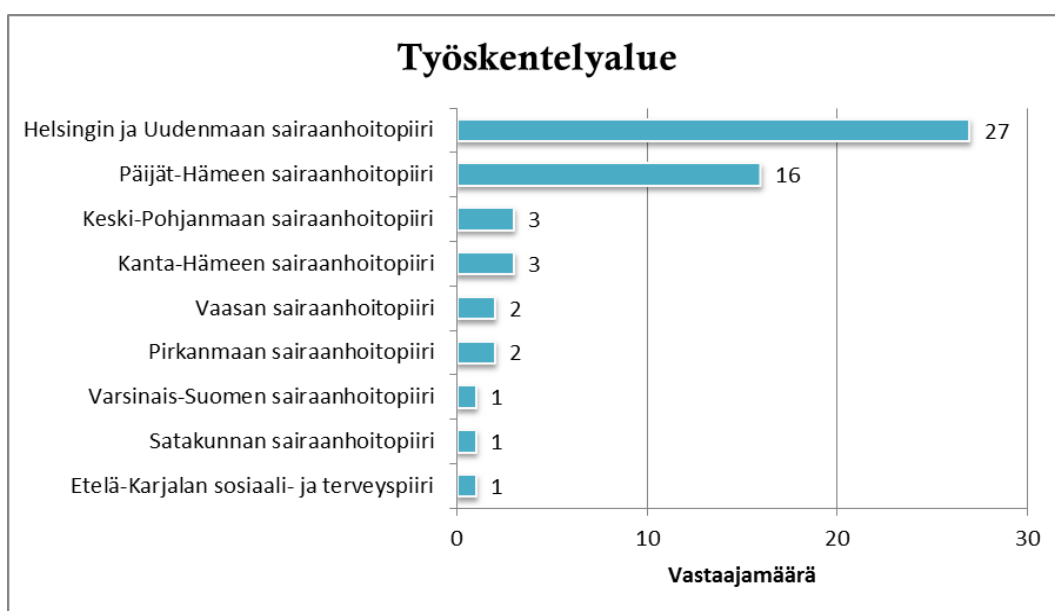


Kuvio 7. Vastaajien työkokemus sosiaali- ja terveystalalta (n=56).



## Työskentelyalue

Vastausten alueellinen hajonta (Kuvio 8) oli epätasaista. Lähes puolet vastaajista työskenteli Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella ja vajaa kolmannes Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirissä. Neljäsosa vastauksista tuli seitsemän muun Mielenterveystaloa käyttävän sairaanhoitopiirin alueelta. Viiden tiedonkeruualueeseen kuuluneen sairaanhoitopiirin alueelta ei saatu vastauksia.



Kuvio 8. Vastaajien työskentelyalue (n=56).

## Toimiala ja työpaikka

Noin neljä viidestä vastaajasta työskenteli erikoissairaanhoidossa, loput perusterveydenhuollossa ja kolmannen sektorin palveluissa (Liite 3, Kuvio 2). Enemmistö ilmoitti työskentelevänsä erilaisissa avohoidon yksiköissä, noin viidennes laitoshoidon puolella (Liite 3, Kuvio 3). Perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin vastaajilla oli sosiaali- ja terveysalan ylempi tai alempi korkeakoulututkinto, kun taas erikoissairaanhoidon vastaajat edustivat kaikkia ammattiryhmiä (Liite 3, Kuvio 4).

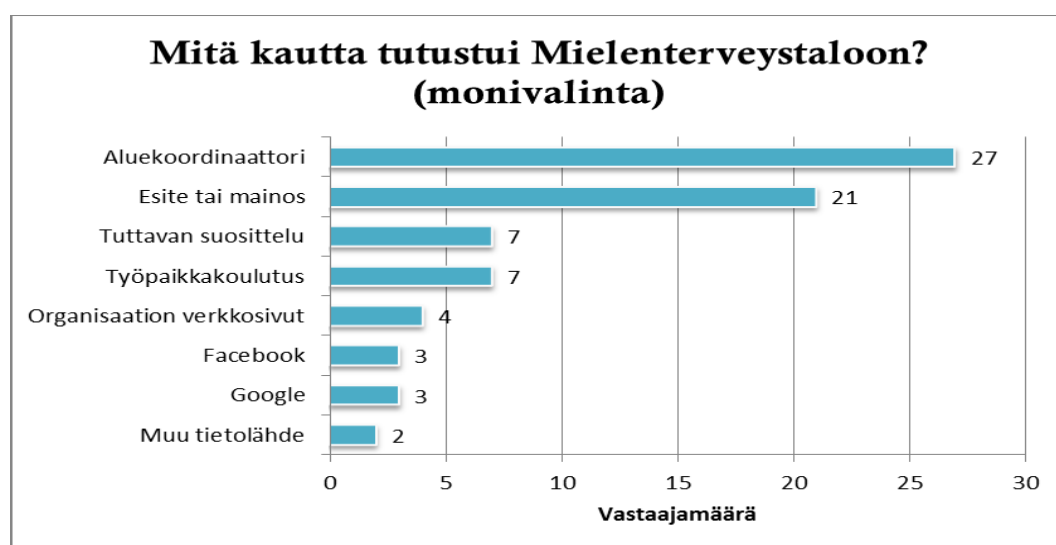
## Tietotekniset valmiudet

Yli puolet vastaajista arvioi tietotekniset valmiutensa hyväksi ja reilu neljännes erittäin hyväksi. Keskinertaisiksi tai tyydyttäväksi taitonsa luokitteli joka viides. (Liite 3, Kuvio 5.) Ikäryhmistä 30–39-vuotiaat arvioivat tietotekniset taitonsa parhaimmiksi ja yli 50-vuotiaat huonoimmiksi (Liite 3, Kuvio 6). Miesten arviot tietoteknisistä taidoistaan olivat hieman naisia paremmat (Liite 3, Kuvio 7).

## 5.2 Palvelun käytettävyyden ja sisällön arviointi

### Löydettävyys

Suurin osa vastaajista kertoi tutustuneensa Mielenterveystalon palveluihin (Kuvio 9) aluekoordinaattorin kautta. Erilaiset esitteet ja mainokset tavoittivat ammattilaisia toiseksi eniten. Reilu kymmenesosa vastaajista oli tutustunut Mielenterveystaloon työpaikkansa koulutuksissa tai infotilaisuuksissa ja yhtä moni ilmoitti kuulleensa portaalista tuttavaltaan. Vajaa viidennes vastaajista oli tutustunut palveluun verkossa, oman organisaation verkkosivuilla tai avoimissa tietoverkoissa hakukoneen tai sosiaalisen median kautta. Muita mainittuja tietolähteitä olivat printtijulkaisut, esimerkiksi lehtiartikkelit.

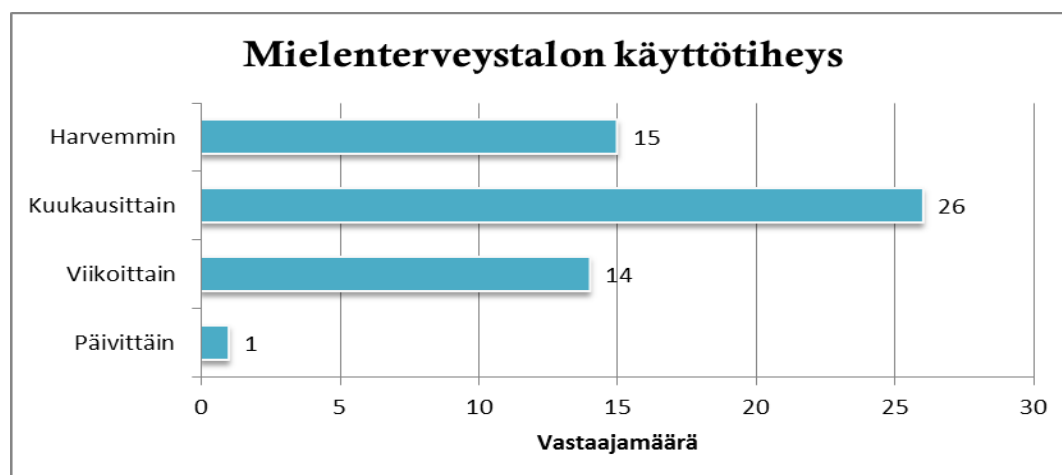


Kuvio 9. Mielenterveystalon löydettävyys (n=56).

Aluekoordinaattori oli merkittävin väylä Mielenterveystaloon lähes kaikissa ammattiryhmissä. Vain toimintaterapeutit/fysioterapeutit ja sosiaalityöntekijät/sosionomit olivat löytäneet Mielenterveystaloon etupäässä esitteiden, mainosten ja oman organisaation tiedotuskanavien kautta. (Liite 3, Kuvio 8.) HUS-aluetta lukuun ottamatta aluekoordinaattorit olivat merkittävin Mielenterveystalon markkinointikanava kaikkien niiden sairaanhoitopiirien alueella, joissa oli enemmän kuin yksi vastaaja. HUS- alueen vastaajat olivat tutustuneet Mielenterveystalon palveluihin varsin tasaväkisesti organisaation sisäisen koulutuksen ja mainonnan kautta sekä tuttavien tai aluekoordinaattorin suosittelemana (Liite 3, Kuvio 9). Erikoissairaanhoidon puolella yli puolet vastaajista oli löytänyt Mielenterveystalon aluekoordinaattorin kautta. Perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin vastaajista enemmistö oli tutustunut Mielenterveystaloon esitteen tai mainoksen kautta ja kolmannes aluekoordinaattorin välityksellä. (Liite 3, Kuvio 10.)

### Käyttötiheys

Enemmistö vastaajista kertoi käyttävänsä Mielenterveystalon palveluja työssään kuukausittain (Kuvio 10). Aktiivisia, vähintään viikoittain palvelua käyttäviä ammattilaisia oli neljännos kaikista vastaajista. Toinen neljännos käytti palvelua harvemmin kuin kuukausittain.



Kuvio 10. Mielenterveystalon käytön tiheys (n=56).

Erikoissairaanhoidon vastaajista vajaa kolmannes käytti Mielenterveystaloa vähintään viikoittain, reilu enemmistö vähintään kuukausittain. Perus-

terveydenhuollon ja kolmannen sektorin työntekijöistä yli puolet käytti Mielenterveystaloa harvemmin kuin kuukausittain. (Liite 3, Kuvio 11.) Laitoshoidon vastaajat käyttivät palvelua tiiviisti, enemmistö viikoittain. Avohoidon enemmistö käytti palvelua kuukausittain, reilu kymmenesosa viikoittain. Harvemmin kuin kuukausittain palvelua käyttävät ammattilaiset työskentelivät kaikki avohoidossa ja heitä oli yli kolmannes avohoidon vastaajista. (Liite 3, Kuvio 12.)

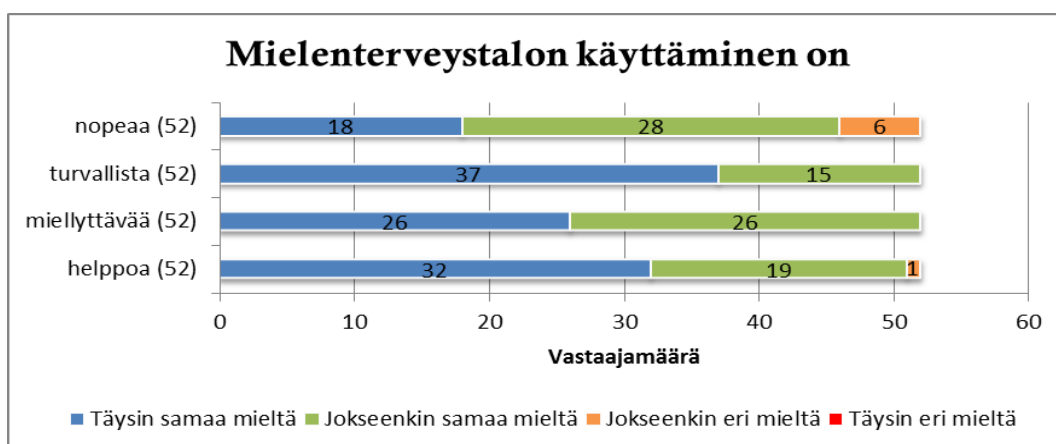
Naiset olivat hieman aktiivisempia palvelunkäyttäjiä kuin miehet (Liite 3, Kuvio 13). Ikäryhmistä 40–49-vuotiaat käyttivät palvelua suhteessa harvimmin, ja aktiivisimpia olivat nuorimmat ikäryhmät ja 50–59-vuotiaat (Liite 3, Kuvio 14). Vastaajien tietotekniset taidot eivät vaikuttaneet mainittavasti käyttöaktiivisuuteen (Liite 3, Kuvio 15). Mielenterveystalon käyttöiheyttä ei vertailtu suuremmin alueittain (Liite 3, Kuvio 16) otannan hajonnan vuoksi. Kahden suuren sairaanhoitopiirin osalta Päijät-Hämeen ammattilaisvastaajat olivat suhteessa HUS-aluetta aktiivisempia.

Useimmin palvelua käyttävillä ammattilaisilla oli 5-14 vuotta työkokemusta sosiaali- ja terveysalalta. Harvimmin palvelua käyttivät yli 30 vuotta alalla työskennelleet. (Liite 3, Kuvio 17). Lääkäreistä ja psykologeista puolet kertoi käyttävänsä Mielenterveystaloa vähintään kuukausittain, loput harvemmin. Lähihoitajista ja mielenterveyshoitajista puolet käytti palvelua vähintään viikoittain. Sairaanhoitajista ja terveydenhoitajista kolmannes käytti palvelua viikoittain ja vajaa puolet kuukausittain. Sosiaalityöntekijöiden/sosionomien ja toimintaterapeuttien/fysioterapeuttien enemmistö käytti Mielenterveystaloa kuukausittain. (Liite 3, Kuvio 18.)

### **Käyttökokemus**

Vastaajat arvioivat Mielenterveystalon käyttökokemusta (Kuvio 11) neliporraisella Likertin asteikolla. Lähes kaikki kokivat palvelun käytön olevan varsin helppoa. Kaikki vastaajat arvioivat Mielenterveystalon käytön olevan miellyttävää tai jokseenkin miellyttävää arvioiden jakautuessa lähes tasan. Kaksi kolmasosaa vastaajista koki Mielenterveystalon käyttämisen turvalliseksi ja loput jokseenkin turvalliseksi. Palvelun käyttönopeuden suhteen

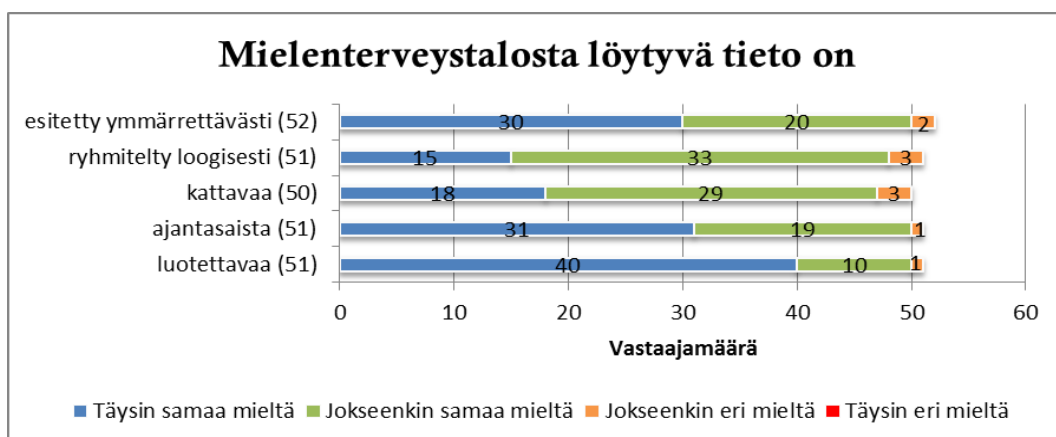
mielipiteet hajaantuivat eniten. Vastaajista kolmannes koki palvelun käytön nopeaksi ja kymmenesosa oli käytön nopeudesta jokseenkin eri mieltä. Vastaajat, jotka olivat arvioineet tietotekniset valmiutensa erittäin hyviksi, kokivat Mielen terveystalon käyttämisen keskimäärin helpoimmaksi ja miellyttävimmäksi. (Liite 3, Kuviot 19 ja 20.)



Kuvio 11. Palvelun käyttökokemus (n=52).

## Tietosisältö

Mielen terveystalon tietosisältöä (Kuvio 12) arvioitiin myös neliportaisella Likertin asteikoilla. Lähes kaikki vastaajat arvioivat sisällön luotettavaksi tai jokseenkin luotettavaksi. Mielen terveystalon sisällön arvioitiin olevan myös varsin ajantasaista ja esitetty ymmärrettävästi. Tietosisällön kattavuus ja ryhmittelyn loogisuus saivat ammattilaisilta hieman muita osioita kriittisemmät arviot.



Kuvio 12. Palvelun tietosisältö (n=51).

## **Palautteen antaminen**

Enemmistö vastaajista kertoi, että Mielenterveystalon toiminnasta oli helppo antaa palautetta. Reilu kymmenesosa ilmoitti, että ei ole tutustunut palveluun riittävästi antaakseen palautetta tai siihen ei ole ollut tarvetta. (Liite 3, Kuvio 21.) Palautteen antaminen internetissä koettiin vaivattomaksi ja palautekanavat löytyivät helposti sivustolta. Moni mainitsi Mielenterveystalon aluekoordinaattorin tai palvelun parissa työskentelevän kollegan tärkeäksi yhteyshenkilöksi, jos palvelun sisällöstä tai toiminnasta oli kommentoitavaa.

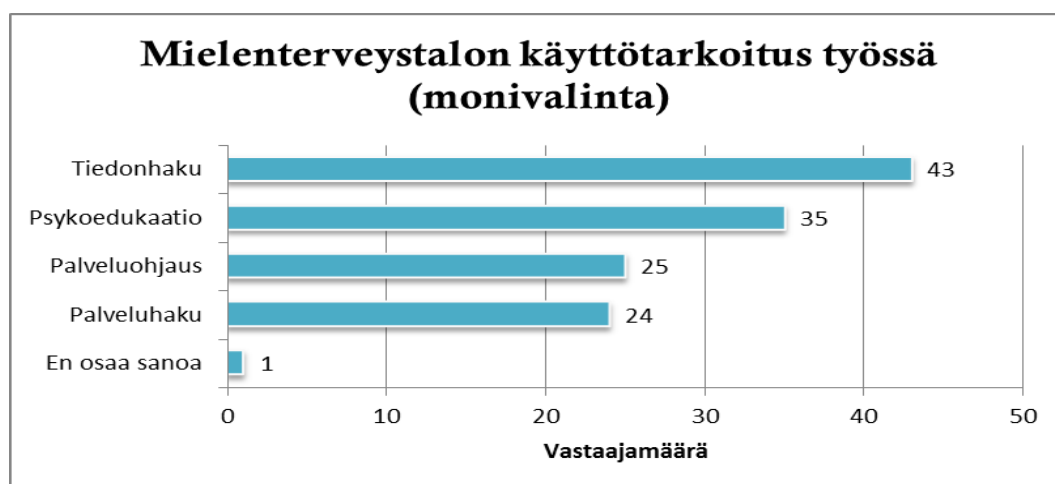
*Koska se [palautteen antaminen] on mahdollista netissä.*

*Kerron aluekoordinaattorille.*

### 5.3 Palvelun hyödyt ja käyttäjäkokemukset osana potilastyötä

#### **Käyttötarkoitus ja käyttötapa**

Ammattilaisia pyydettiin pohtimaan mihin tarkoituksiin he käyttivät työssään Mielenterveystaloa ja sen sisältöjä (Kuvio 13). Kolme neljästä vastaajasta käytti palvelua tiedonhakuun ja kaksi kolmesta psykoedukaatiotarkoituksiin. Mielenterveystalo toimi monelle myös palveluohjauksen välineenä ja moni vastaaja käytti portaalia palveluhakuun. Sekä avo- että laitoshoidon puolella Mielenterveystaloa käytettiin eniten tiedonhakuun ja psykoedukaatioon (Liite 3, Kuvio 22). Lääkäreitä ja psykologeja lukuun ottamatta ammattilaisten ensisijainen palvelun käyttötarkoitus oli tiedonhaku (Liite 3, Kuvio 23).



Kuvio 13. Mielenterveystalon käyttötarkoitus (n=56).

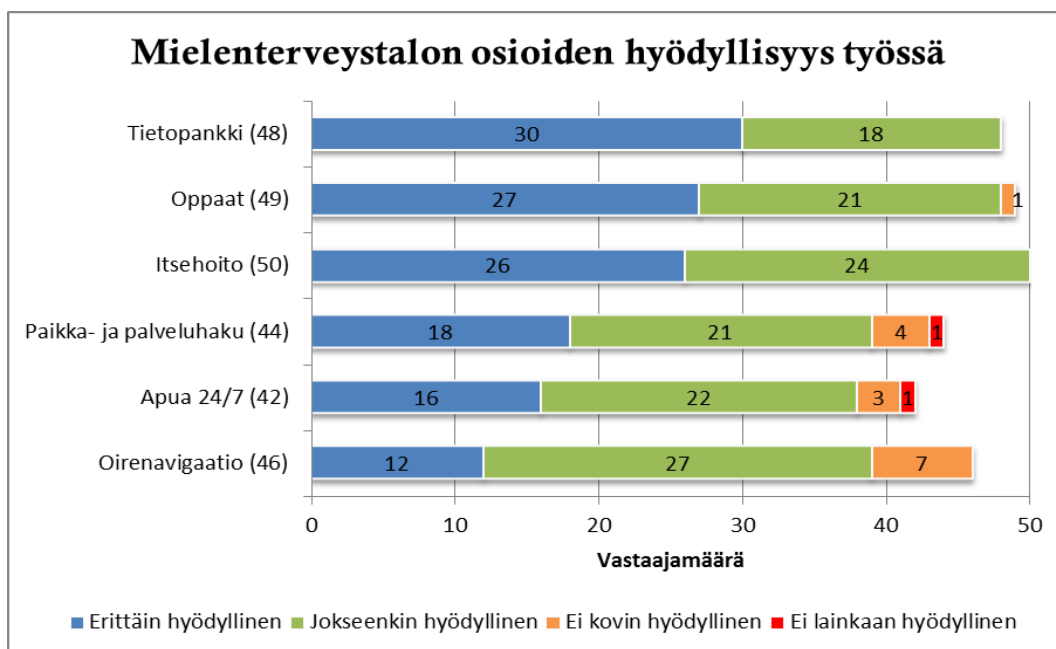
Vastaajat hyödynsivät Mielenterveystaloa työssään monin eri tavoin. Lähes puolet käytti Mielenterveystaloa yksilö- tai ryhmämuotoisten potilastapaamisten aikana. Kaksi kolmesta vastaajasta hyödynsi Mielenterveystaloa potilaan itsenäisen työskentelyn tukena esimerkiksi antamalla portaalista kotitehtäviä tapaamiskertojen välille. Neljännes vastaajista ilmoitti käyttävänsä Mielenterveystaloa myös muuhun kuin suoraan potilaaseen kohdentuvaan hoitotyöhön. (Liite 3, Kuvio 24.) Mainittuja käyttötapoja olivat esimerkiksi itsenäinen tiedonhaku, koulutusten ja ryhmien sisältöjen suunnittelu sekä opiskelijaohjaus.

Laitoshoidon puolella työskentelevät vastaajat käyttivät Mielenterveystaloa varsin tasapuolisesti potilastapaamisten aikana ja potilaan itsenäisen työskentelyn tukena. Avohoidon työntekijät käyttivät Mielenterveystaloa kaksi kertaa useammin potilaan itsenäistä työskentelyä tukemaan kuin varsinaisen käyntikontaktin aikana. Sekä avo- että laitoshoidossa Mielenterveystaloa hyödynnettiin myös muuhun kuin suoraan potilaaseen kohdennettavaan hoitotyöhön. (Liite 3, Kuvio 25.) Ammattiryhmistä etenkin lääkärit ja psykologit käyttivät Mielenterveystaloa eniten potilaan itsenäisen työskentelyn tukena (Liite 3, Kuvio 26).

### **Osa-alueiden hyödyllisyys**

Vastaajat arvioivat Mielenterveystalon eri osa-alueiden hyödyllisyyttä työssään (Kuvio 14) neliportaisella Likertin asteikoilla. Hyödyllisimmiksi osioiksi

nousivat Tietopankki, Oppaat ja Itsehoito. Vähiten hyödyttäväksi vastaajat arvioivat Oirenavigaation, Apua 24/7 ja Paikka- ja palveluhaku. Näidenkin osa-alueiden kokonaisarviot olivat silti kokonaisuutena varsin positiiviset.



Kuvio 14. Osa-alueiden hyödyllisyys työssä (n=47).

### Yksittäisten osioiden käyttö

Mielenterveystalon sisällöistä (Kuvio 15) suosituin osio oli Työkaluja mielen hyvinvointiin. Tietoa psykoosista ja Juomisen hallinnan opas olivat myös kolmen käytetyimmän osion joukossa. Verkossa täytettävistä testeistä Audit ja BDI-21-lomakkeet nousivat käytettävyydessä lähelle kärkeä ja niitä hyödynnettiin etenkin laitoshoidon puolella reilusti suhteessa vastaajamäärään. Irti ahminnasta -osio oli huomattavasti käytetympi avohoidossa kuin laitoshoidon puolella. (Liite 3, Kuvio 27). Riippuvuuksiin liittyvät osiot (Audit-kysely, Juomisen hallinnan opas ja Tietoa peliriippuvuudesta) olivat selvästi käytetympiä erikoissairaanhoidon puolella (Liite 3, Kuvio 28). Tietovisojen ja Selma – oma-apuohjelman hyödyntäminen oli ammattilaistalla vähäistä (Kuvio 15).

Työkaluja mielen hyvinvointiin -osio oli kaikkien muiden ammattiryhmien paitsi psykologien ja lähihoitajien/ mielisairaanhoidajien käytön kärkisijoilla. Psykologien vastauksissa käytetyimmiksi nousivat Tietoa psykoosista ja



Irti ahminnasta. Lähihoitajien ja mielisairaanhoitajien eniten käyttämät osiot olivat Juomisen hallinnan opas sekä Tietoa psykoosista. Lääkärien ammattiryhmän vastaukset hajaantuivat tasan minkään osa-alueen korostumatta. (Liite 3, Kuvio 29.)

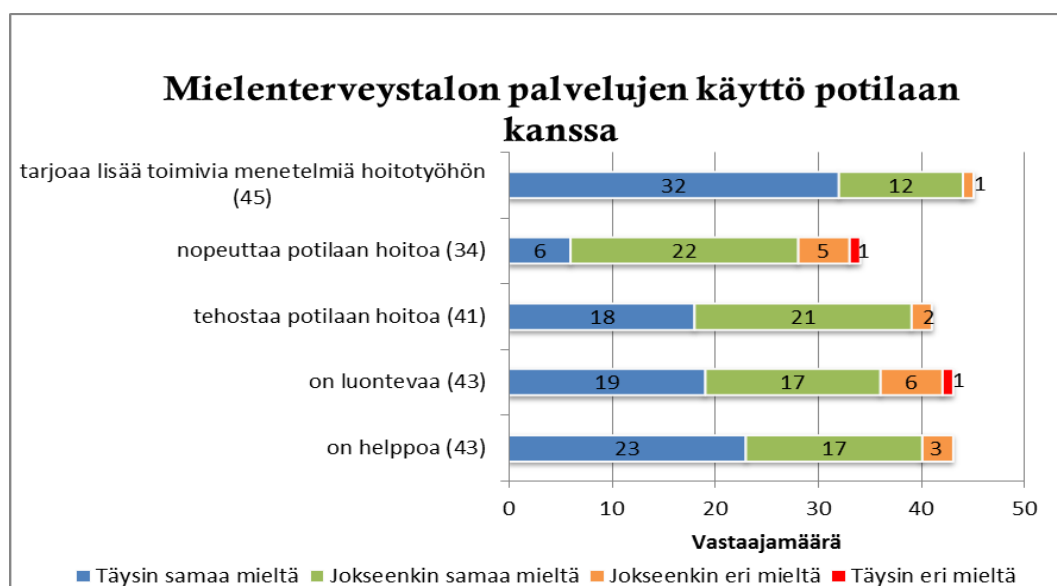


Kuvio 15. Yksittäisten työvälineiden hyödyntäminen (n=56).

### Käyttö potilaan kanssa

Vastaajat arvioivat Mielenterveystalon käyttämistä potilaan kanssa (Kuvio 16) neliportaisella Likertin asteikoilla. Yli yhdeksän kymmenestä koki Mielenterveystalon käyttämisen potilaan kanssa olevan varsin helppoa ja neljä viidestä koki sen varsin luontevaksi. Lähes kaikki kokivat mahdolliseksi, että Mielenterveystalon käyttö potilaan kanssa saattaisi tehostaa hoitoa ja neljä viidestä uskoi sen voivan nopeuttaa hoitoprosessia. Suurin osa uskoi Mielenterveystalon käyttämisen potilaan kanssa tuovan lisää toimivia menetelmiä hoitotyöhön.

Ammattiryhmävertailussa lääkärit ja hoitotyöntekijät (sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, lähihoitajat ja mielenterveyshoitajat) arvioivat Mielenterveystalon käyttämisen potilaan kanssa olevan luontevinta (Liite 3, Kuvio 30). Ikäryhmävertailussa 30–39-vuotiaat kokivat Mielenterveystalon käyttämisen potilaan kanssa vähiten luontevaksi (Liite 3, Kuvio 31).



Kuvio 16. Käyttökokemukset potilastyössä (n=42).

### Uudet menetelmät ja sisällöt

Useampi kuin kaksi kolmesta vastaajasta ilmoitti Mielenterveystalon tarjoavan heille uusia työtapoja tai työmenetelmiä (Liite 3, taulukko 32). Tätä mieltä olivat etenkin alle kymmenen vuotta alalla työskennelleet vastaajat, joista yhdeksän kymmenestä koki Mielenterveystalon tarjoavan heille uusia työtapoja tai -menetelmiä. Vastaajista jotka olivat työskennelleet alalla 25 vuotta tai enemmän samaa mieltä oli enää kaksi kolmasosaa. (Liite 3, Kuvio 33). Uusia tapoja tai menetelmiä perustelevista kommentaista selkeimpänä esiin nousi internetin hyödyntäminen osana potilastyötä.

*Netin käytön hyödyt ja mahdollisuudet erityisesti nuorempien potilaiden kanssa työskennellessä.*

*Uusia työtapoja tai keinoja päivittäiseen työhön.*

*Ideamielessä –> asiat ovat tuttuja, mutta löytyvät kootusti sivustolta, muuten joutuisi metsästäämään niitä pitkin eri lähteitä.*

Konkreettisenä uutena menetelmänä mainittiin muun muassa portaalin itsehoito-ohjelmien käyttäminen vastaanottokäyntien tukena. Myös portaalien muuta sisältöä hyödynnettiin esimerkiksi kehottamalla potilasta tutustumaan materiaaleihin ja tekemään tehtäviä hoitokontaktien välillä. Mielenterveystalon psykoedukaatiomateriaalit koettiin uudennlaisiksi ja innovatiivi-

siksi vaihtoehtoiksi perinteisille esitteille ja esimerkiksi sivuston videoklipit mainittiin hyvänä vaihtoehtona perinteiselle ammattilaisen antamalle psykoedukaatiolle.

Noin neljännes vastaajista ilmoitti Mielenterveystalon sisältöjen korvaavan suoraan jotain heidän aiemmin työssä käyttämäänsä työvälinettä tai menetelmää (Liite 3, Kuvio 34). Eniten mainintoja sai paperisten tuotteiden korvautuminen sähköisillä sisällöillä tai lomakkeilla. Portaalin materiaaleilla korvattiin esimerkiksi paperisia oireenhallintavihkoja, esitteitä ja oppaita. Muutama vastaaja kertoi Mielenterveystalon sisältöjen käytön korvaavan jotain heidän aiemmin toteuttamaansa työvaihetta, esimerkiksi osan kasvotusten annetusta psykoedukaationtarpeesta.

### **Muiden verkkopalveluiden käyttö**

Hieman alle puolet vastaajista ilmoitti käyttävänsä potilastyössä säännöllisesti myös jotain muuta verkkopalvelua kuin Mielenterveystaloa (Liite 3, Kuvio 35). Eniten mainintoja saivat Terveysportti, Päihdelinkki ja Oivamielisivustot. Näiden lisäksi vastaajat mainitsivat käyttävänsä säännöllisesti erilaisten potilasjärjestöjen, liittojen ja lääkefirmojen sivuja, sekä kuntien verkkosivustoja. Terveysportin eduiksi mainittiin pääsy Pharmaca Fennicaan ja Käypä Hoito-suositukseen. Muiden verkkopalvelujen käyttöaiheiksi mainittiin sivuston tuttuus, sivuston käyttökelpoisuus tietyn potilasryhmän tarpeisiin tai oman alueen palveluiden löytyminen. Etenkin laitoshoidossa työskentelevät vastaajat mainitsivat käyttävänsä työssään myös muita verkkopalveluita. (Liite 3, Kuvio 36).

### **Palvelusta hyötyvät potilasryhmät**

Ammattilaisia pyydettiin jakamaan myös kokemuksiaan ja näkemyksiään siitä, minkälaiset potilaat tai potilasryhmät hyötyvät eniten Mielenterveystalon palveluista (n=43). Keskeisimmiksi potilaaseen liittyviksi tekijöiksi nousivat potilaan ikä, kognitio, diagnoosi ja hoitomotivaatio.

Monet vastaajista katsoivat, että Mielenterveystalon palvelujen käyttö oli tarkoituksenmukaista lievästi tai keskivaikeasti oireilevien potilaiden kans-

sa. Useimmiten Mielenterveystaloa mainittiin käytettävän ahdistus-, masennus-, päihde- ja syömishäiriöpotilaiden kanssa. Ammatillaiset painottivat, että potilaalla täytyi olla luonteva suhtautuminen verkkopalveluiden käyttöön. Potilaalla tuli olla myös omaa motivaatiota, toimintakykyä ja riittävät kognitiiviset taidot. Monessa vastauksessa mainittiin palvelun sopivan kaikille potilasryhmille ikään katsomatta, mutta selkeimmäksi kohde-ryhmäksi nostettiin nuoret aikuiset.

*Ahdistuneet ja masentuneet sekä äskettäin sairastuneet.*

*Toimintakykyiset, lievimminkin oirehtivat. Tämä ainakin pitkälti minun työkenttäni ja siihen sopivat hyvin.*

*Nuoret, tai oikeastaan kaikki joille netin käyttö tuntuu luontevalta.*

Mielenterveystaloa mainittiin käytettävän kaikissa hoidon vaiheissa - sekä vasta sairastuneiden että pitkään hoidon piirissä olleiden potilaiden kanssa. Portaalien materiaaleja hyödynnettiin myös perhetyön tukena ja ohjaimella omaisia luotettavan psykoedukaatiomateriaalin pariin. Etenkin avohoitopotilaiden uskottiin hyötyvän palvelusta. Verkkopalvelun käytön erityishyöty oli todettu myös potilasryhmissä, joissa esimerkiksi avovastaanotolle tuleminen oli hankalaa elämäntilanteen tai liikkumisen esteiden vuoksi.

*[Potilaat] joiden on vaikea liikkua vaikka pitkien matkojen vuoksi, liikuntarajoitteiset, kotiäidit, omaishoitajat jotka ei saa hoitajaa kotiin.*

#### 5.4 Palvelun kehittämisehdotukset

##### **Käyttöä lisääviä tekijöitä**

Ammattilaisia pyydettiin pohtimaan mikä saisi heidät käyttämään Mielenterveystaloa työssään enemmän (n=39). Enemmistö koki, että voisi hyödyntää palvelua useammin ja monipuolisemmin. Selkeimpiä palvelun käyttöä rajoittavia tekijöitä olivat ajanpuute sekä tietämättömyys palvelun sisällöstä ja hyödyntämisen keinoista.

*Hyvä palvelu. Ehkä liian vähän käytetty. Pitää mainostaa.*

*Olisi aikaa perehtyä enemmän mitä tietoa ja mahdollisuuksia mielenterveystalossa on.*

*Voisi käydä läpi jollain osastotunnilla.*

*Jäsentyneempi sivusto. Nyt "eksyn siellä".*

Osa vastaajista mainitsi tässä yhteydessä käyttävänsä palvelua jo paljon ja totesi Mielenterveystalon käytön lisääntyvän, kun vain perehtyy sen mahdollisuuksiin. Palvelun käytettävyyteen liittyvistä ongelmista mainittiin sivuston hitaus, sekä navigointiin ja tiedon jäsentelyyn liittyvät ongelmat. Kaikilla vastaajilla ei ollut mahdollisuutta käyttää työpisteessään tietokoneita potilaan kanssa ja eräässä vastauksessa todettiin, että työnantaja on kieltänyt kaikkien verkkopalvelujen käytön työaikana.

### **Sisältötoiveet**

Vastaajat antoivat myös kehittämisehdotuksia palvelun sisältöön tai toimintaan (n=22). Portaaliin toivottiin lisää käytännöllisiä työkaluja niin potilaan omahoitoon kuin ammattilaiskäyttöön. Etenkin itsehoito-oppaita ja oirekyselykaavakkeita toivottiin enemmän. Myös vuorovaikutteisuutta toivottiin lisää. Toiminnallisuuden parantamiseksi toivottiin, että lomakkeet saisi tarvittaessa myös tulostettavassa muodossa. Portaalista toivottiin myös mobiilisovellusta.

Vastauksissa ehdotettiin portaaliin ammattilaisille ja lapsille kohdennettua sisältöä. Portaaliin toivottiin myös enemmän kuvia ja visuaalista kiinnostavuutta. Palvelulta toivottiin kansankielisyyttä ja toiveissa nousi esiin myös sisällön selkoversio. Psykoosi- ja päihdepotilaille toivottiin lisää sisältöä, samoin osioita muutosvalmiuteen ja potilaan motivointiin. Portaaliin toivottiin enemmän tietoa psykoterapiapalveluista, sekä alueellista tietoa vapaa-ajanviettomahdollisuuksista. Muita mainittuja kehittämiskohteita olivat sisältöjen ajantasaisuus ja päivittäminen, sekä alueellisten tietojen kattavuus ja paikkansapitävyys.

*Enemmän nettiauttamismenetelmiä ja nuorille keskustelukanavia.*

*Myös psykoosisairauksista kärsivistä potilaista osa hyötyisi tämäntyyppisestä hoidosta.*

*Sisältö on mielestäni kutakuinkin kohdallaan, kun se vain päivittyy.*

### **Suosittelu kollegalle**

Vastaajista lähes kaikki suosittelisivat Mielenterveystaloa työkaverilleen työskentelyn tueksi (Liite 3, Kuvio 37). Selkeimmiksi syiksi nousivat Mielenterveystalon luotettavuus, hyödyllisyys ja monipuolisuus. Useat vastaajat painottivat hyötyvänsä Mielenterveystalon käytöstä työssään sen kattavan sisällön vuoksi. Moni koki portaalista löytyvän ajantasaista, luotettavaa tietoa ja työskentelymateriaalia helposti yhdestä osoitteesta. Joissain tapauksissa portaalin käytön katsottiin säästävän aikaa ja auttavan hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa.

*Luotettava ja monipuolinen työkalu potilas/asiakastyöhön.*

*Kompakti tietopaketti myös ammattilaisille.*

Omien positiivisten käyttökokemusten lisäksi ammattilaiset suosittelisivat Mielenterveystaloa kollegalleen myös edistääkseen uusien työmenetelmien kokeilemistä. Mielenterveystalo koettiin helpoksi ja nykyaikaiseksi työvälineeksi. Kielteisesti vastanneet totesivat tiedon olevan liian perustasois- ta, omaan työhön sopimatonta, tai ettei verkkopalvelua saanut käyttää työaikana.

### **Suosittelu potilaalle**

Kaikki vastaajat suosittelisivat Mielenterveystalon palveluja myös potilaalleen (Liite 3, Kuvio 38). Ammattilaiset kokivat voitavansa suositella portaalia potilaalleen etenkin sen helppokäyttöisyyden ja luotettavuuden vuoksi. He näkivät Mielenterveystalon sisältävän potilaita hyödyttävää, monipuolista ja luotettavaa tietoa. Portaali koettiin arvokkaaksi tueksi potilaan itsehoitoon ja sen nähtiin toimivan hyvin osana potilaan muuta hoitoa. Portaalin palvelujen katsottiin hyödyttävän potilasta esimerkiksi tukemalla tämän kotona pärjäämistä. Verkkopalvelun suosittelu katsottiin helpoksi

etenkin niissä käyttäjäryhmissä, joissa internetin käyttö oli muutenkin jokapäiväistä.

*Asiatietaa mutkitta ja toimii muun hoidon teho-  
na/vaihtoehtona.*

*Erittäin hyvä ja ajanmukainen itsehoitoapu.*

*Tietoa ja vaihtoehtoja ja kokemusasiantuntijuutta. Hyödyllistä ajankäyttöä netissä.*

## 6 AINEISTON TARKASTELUA

### 6.1 Tuloksista analyysiin ja vuoropuheluun

Kyselyn tulokset työstettiin erilliseksi raportiksi, joka lähetettiin kesäkuussa 2015 Mielenterveystalon projektipäällikölle. Tuloksista käytiin keskustelua puhelimitse ja sähköpostitse. Raportista kerättiin kommentteja myös portaalin kehityksestä ja toteutuksesta vastaavalta projektihenkilökunnalta.

Seuraavaksi tarkastellaan tarkemmin niitä kyselyn tulososioita, jotka liittyvät kiinteimmin Mielenterveystalon ammattilaiskäytön hahmottamiseen, ymmärtämiseen ja kehittämiseen. Tarkasteltavia teemoja ovat erityisesti *palvelua käyttävä ammattilainen, palvelun käyttökokemus, ammattilaisten kokemat kehittämiskohteet sekä ammattilaisnäkökulma verkkopalvelusta osana potilaan hoito- ja ohjaussuhdetta*. Asiakaslähtöisessä kehittämisessä kannattaakin huomioida erityisesti asioita, joista on tullut eniten palautetta sekä pohtia mistä aiheesta tarvittaisiin lisätietoa (Valtiovarainministeriö 2008, 19).

Tuloksia peilataan aiheeseen liittyvän tietoperustaan ja verrataan Mielenterveystalon projektihenkilökunnalta saatuihin kommentteihin. Kehittämisen kannalta keskeiset huomiot on koostettu yhteenvedoiksi ja toiminnan kehittämisen haasteiksi. Näihin paneudutaan tarkemmin luvussa seitsemän.

### 6.2 Mielenterveystaloa käyttävä ammattilainen

Kyselyssä kartoitettiin Mielenterveystaloa käyttävien ammattilaisten sosiodemografisia tekijöitä taustamuuttujien vaikutuksen arvioimiseksi, ammattilaiskäyttäjien profiilin hahmottamiseksi, sekä tutkimusotoksen luotettavuuden toteamiseksi. Otoksen (n=56) voidaan todeta vastaavaan pääpiirteittäin päihde- ja mielenterveysproblematiikan parissa työskenteleviä sosi-aali- ja terveysalan ammattilaisia.



Vastaajien sukupuolijakauma noudatteli varsin hyvin alan perusjakaumaa. Vuonna 2012 miesten osuus Suomen sosiaali- ja terveyspalveluiden koko henkilöstöstä oli 11,7 % ja henkilökunnan keski-ikä 43,4 vuotta. (Ailasmaa 2015, 1). Tässä kyselyssä miesten osuus oli reilu kymmenesosa kaikista vastaajista. Enemmistön ikä asettui hieman yleistä keskiarvoa korkeammalle, 50–59 ikävuoteen. Vastaajien työkokemus taas hajaantui odotetusti koko asteikolle; alle viidestä yli 35 vuoteen.

Positiiviseksi yllätykseksi nousi se, että vastaajia saatiin joka ammattiryhmästä. Yli puolet vastaajista oli koulutustaustaltaan sairaanhoitajia tai terveydenhoitajia, lääkäreitä ja sosiaalialan ammattilaisia tavoitettiin vähiten. Ammattitaustojen hajonta kuvastaa myös varsin hyvin mielenterveyspalvelujen työntekijärakennetta. Esimerkiksi HYKS Psykiatrian tulosityksikön henkilöstörakenteessa hoitohenkilökunnan osuus koko henkilöstöstä on kaksi kolmasosaa kun erityistyöntekijöitä ja lääkäreitä on noin neljännes (HUS 2015d). Enemmistö vastaajista työskenteli erikoissairaanhoidossa ja lähes neljä viidestä avohoidon puolella. Luvut myötäilevät psykiatrisen hoidon yleistä trendiä, jossa laitoshoidon määrä vähenee ja avohoidon osuus kasvaa (Rainio ja Rätty 2015, 1).

Laajamittaista sairaanhoitopiirien välistä vertailua ei tehty aineiston epäta-saisen hajonnan vuoksi. HUS- ja Phsotey-alueita lukuun ottamatta vastaa-jia oli alle viisi sairaanhoitopiiriä kohden, joten määrään perustuva yleistä-minen ei ollut tutkimuseettisesti tai tietosuojan kannalta järkevää. Yleisesti ottaen voidaan silti todeta, että palvelun sisältöön tai käytettävyyteen liitty-vät vastaukset eivät näissä ryhmissä poikenneet merkittävästi keskimää-räisistä tuloksista.

Neljä viidestä Mielenterveystalon ammattilaiskäyttäjistä arvioi tietotekniset valmiutensa hyväksi tai erittäin hyväksi. Etenkin nuoremmat ikäluokat ja miehet olivat taipuvaisia arvioimaan tietotekniset valmiutensa korkeammal-le. Tämä ei yllätä, sillä myös von Fieandt (2005b, 44) on todennut, että terveydenhuoltohenkilöstön vanhemman ikäluokan tietotekninen osaami-sen on heikompaa kuin nuorilla ja miehet arvioivat tietotekniset taitonsa naisia paremmiksi. Mielenterveystalon käyttöön vastaajien tietoteknisillä

taidoilla ei ollut suurta vaikutusta, vaikka palvelun käyttö oli parhaimmat tietotekniset taidot omaavan ryhmän mielestä helpointa ja miellyttävintä.

Kokonaisuutta tarkasteltaessa ammattilaisten demografisista tekijöistä ei voida nostaa selkeitä Mielenterveystalon käyttöä indikoivia tekijöitä. Palvelun käytössä voitiin nähdä tiettyjä vivahde-eroja esimerkiksi ammattilaisten ikään, ammattitaustaan tai työkokemukseen nähden, mutta erot eivät olleet kovinkaan suoraviivaisia tai selkeitä. Koska vastaajien taustatiedoista ei löytynyt yksiselitteisiä palvelun käyttöä määrittäviä tekijöitä, voidaan olettaa ammattilaisten persoonakohtaisten erojen vaikuttavan varsin keskeisesti Mielenterveystalon käyttöön.

Tässä yhteydessä tuleekin huomioida se, että kyseessä on vapaaehtoisesti käytettävä verkkopalvelu, jonka hyödyntäminen riippuu työntekijän omasta aktiivisuudesta, motivaatiosta ja tietoisuudesta. Esimerkiksi Honkasen ja Paasivaaran (2010, 34) mukaan ammattilaisen henkilökohtaisista ominaisuuksista innostuneisuus, aktiivisuus ja tietotekninen osaaminen edistivät verkkopalvelujen käyttöä. Myös Ramtohil (2015, 291) on todennut käyttäjän teknologisilla valmiuksilla ja sähköisiin palveluihin kohdistuvilla yleisillä asenteilla olevan vahva yhteys sähköisten terveystaloiden hyväksymiseen. Ammattilaisten tarkempi profilointi voisi kenties auttaa ymmärtämään laajemmin ammattilaisten motivaatiota, metodeja ja kyvykkyyttä hyödyntää Mielenterveystaloa työssään. Tämä puolestaan voi auttaa kehittämään palvelua vastaamaan näihin tarpeisiin.

#### **Yhteenveto:**

- ✓ Mielenterveystaloa käyttävät eri-ikäiset ammattilaiset sukupuolesta, koulutustaustasta, toimialasta tai työpaikasta riippumatta.
- ✓ Mielenterveystaloa käyttävillä ammattilaisilla oli keskimäärin hyvät tietotekniset valmiudet, mutta heikompikaan osaamistaso ei estänyt portaalin hyödyntämistä.
- ✓ Tyypillinen Mielenterveystaloa käyttävä ammattilainen on Etelä-Suomessa asuva keski-ikäinen nainen, joka työskentelee sairaanhoitajana erikoissairaanhoidon avohoidossa. Hänellä on noin vii-

dentoista vuoden työkokemus sosiaali- ja terveystalolta sekä hyvät tietotekniset valmiudet.

- ✓ Haasteeksi nousee ammattilaiskäyttäjien tarkempi profilointi ja tiedon huomioiminen käyttäjälähtöisessä palvelusuunnittelussa.

### 6.3 Mielenterveystalon käytettävyys

#### **Löydettävyys**

Valtiovarainministeriön (2008, 12) mukaan palvelun käyttökokemuksen (Kuvio 2) lähtökohtana on palvelun löydettävyys hakukoneissa. Tähän vaikuttavat palvelun markkinointi ja tiedottaminen. Tässä tutkimuksessa kiinnostus kohdistui verkon osumatarkkuuden sijaan niihin väyliin, joiden kautta sosiaali- ja terveystalons ammattilaiset olivat kuulleet Mielenterveystalon verkkopalveluista ja päätyneet palvelun käyttäjiksi.

Aluekoordinaattorien rooli palvelun tiedottajina ja yhteyshenkilöinä oli kiistaton, kun lähes puolet vastaajista kertoi tutustuneensa Mielenterveystaloon juuri aluekoordinaattorin kautta. Aluekoordinaattori tai palvelun parissa työskentelevä muu kollega oli monelle vastaajalle myös helpoin reitti antaa palautetta Mielenterveystalon toiminnasta tai sisällöstä.

Mielenterveystalolla oli vuoden 2016 tammikuussa 25 aluekoordinaattoria; yksi sairaanhoitopiiriä/kuntayhtymää kohden ja HUS-alueella yhteensä 6. Aluekoordinaattorit vastaavat alueidensa palvelupaikkatietojen päivittämisestä, tiedottamisesta, sekä yhteistyöstä paikallisten toimijoiden kanssa. He esittelevät Mielenterveystalon sisältöä ja toimintaa omalla alueellaan ja vastaavat esimerkiksi esitteiden ja tiedotteiden jakamisesta. (Mielenterveystalo 2016.) Toiseksi eniten ammattilaisia olivatkin tavoittaneet Mielenterveystalon esitteet ja mainokset. Myös tuttavien ja kollegan suosittelu ja työpaikkakoulutukset ja – infot olivat selvästi tehokkaita reittejä ammattilaisien tietoisuuteen.

Ammattilaiselta toiselle suunnattu viestintä ja tiedon alueellinen jakaminen näyttävätkin tässä yhteydessä tehokkaalta keinolta levittää hyviä käytäntöjä. Vertaistutkimuksen kaltainen asetelma auttaa eri tieto- ja taito-

tasoilla olevia ihmisiä jakamaan asiantuntemusta, kehittymään ja syventämään osaamistaan (Hintikka ja Rongas 2010, 57). Aluekoordinaattorien keskeinen rooli tiedottamisessa nostettiin esiin myös Mielenterveystalon projektihenkilökunnan palautteessa.

Sähköinen tiedottaminen ja markkinointi kuvautuivat myös kannattavina lähestymiskanavina. Hieman alle viidennes ammattilaisista ilmoitti tutustuneensa Mielenterveystaloon erilaisten sähköisten medioiden kautta. Oman organisaation verkkosivut ja intranet opastivat palvelun pariin, samoin suorat ja epäsuorat haut hakukoneella. Mielenterveystalon näkyvyys sosiaalisessa mediassa oli tuonut myös ammattilaisia palvelun käyttäjiksi. Vaikka kasvokkain tapahtuva informointi tavoitti ammattilaisia sähköisiä medioita paremmin, oli verkkonäkyvyyden osuus tässä vertailussa kuitenkin varsin kohtuullinen.

### **Käyttöiheys**

Mielenterveystalon käyttöiheyttä tarkasteltaessa esiin nousi selkeästi kaksi käyttäjäryhmää: aktiiviset ja satunnaisemmat palvelun käyttäjät. Hyvin aktiivisia palvelunkäyttäjiä oli neljännes vastaajista ja tämä käyttäjäryhmä hyödynsi palvelua viikoittain tai useammin. Kuitenkin lähes puolet ammattilaisvastaajista ilmoitti käyttävänsä Mielenterveystaltoa työssään kuukausittain ja loput vielä harvemmin, joten enemmistölle palvelun hyödyntäminen vaikuttaisi olevan useammin satunnaista kuin säännönmukaista. Käyttöiheyksilukujen perusteella vaikuttaisikin siltä, että palvelun hyödyntäminen ei ole juurtunut ammattilaisten enemmistölle kiinteäksi osaksi työkäytäntöjä.

Aktiivisimmin palvelua käyttivät erikoissairaanhoidon työntekijät. Mielenterveystalon projektihenkilökunnan mukaan palvelun markkinointiin on panostettu juuri erikoissairaanhoidon puolella, mikä näkyy tässä asetelmassa selkeästi. Perusterveydenhuollon ja kolmannen sektorin toimijoiden huomioimiseen kannattaa kuitenkin resursoida jatkossa, sillä yhä useammat lievät tai keskivaikeat mielenterveyden häiriöt hoidetaan muualla kuin erikoissairaanhoidossa (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 43).

Mielenterveystalon käyttö oli tiiviimpää laitoshoidon kuin avohoidon vastaajien joukossa. Tässä kannattaa kuitenkin huomioida se, että laitoshoidon vastaajat olivat selkeä vähemmistö. Ero on silti merkille pantava, sillä sähköiset terveystalot ja sähköinen asiointi kuvautuvat erityisen lupaaviksi ratkaisuksi erityisesti avohoidossa (ks. Mäkinen ja Jousimaa 2015, 1283).

Myös vastaajien työkokemuksella näytti olevan yhteyttä palvelun käyttöiheyteen. Aktiivisimmin palvelua käyttivät vastaajat, joilla oli suhteessa vähemmän alan työkokemusta. Myös valtaosa alle kymmenen vuotta alalla työskennelleistä vastaajista koki Mielenterveystalon tarjoavan uusia työtapoja ja – menetelmiä. Kokemattomimmat työntekijät saattavat käyttää potilastyössä mielellään erilaisia tehtävä- ja tukimateriaaleja, joita Mielenterveystalo tarjoaa runsain mitoin. Työuransa alussa olevalle ammattilaiselle ei välttämättä myöskään ole ehtinyt muotoutua kiinteitä työrotiineja, jolloin erilaisia menetelmiä kokeillaan aktiivisemmin.

### **Käytettävyys ja luotettavuus**

Tarkasteltaessa palvelun käyttökokemuksen pyramidin (Kuvio 2) rakentamista, nähdään sen toisen tason muodostuvan palvelun luotettavuudesta; tietoturvasta, toimivuudesta ja virheettömyydestä. Neljäs huomioitava elementti on palvelun käytettävyys, eli tehokkuus, opittavuus ja helppokäyttöisyys. (Valtiovarainministeriön 2008, 12–13.)

Ammattilaiset antoivat Mielenterveystalolle parhaimmat arvioinnit palvelun käytön turvallisuudesta ja helppoudesta. He kokivat sivuston käyttämisen varsin miellyttäväksi, mutta sivuston käyttönopeudessa olisi parantamisen varaa. Virheistä ja käytön ongelmista annettiin tarvittaessa palautetta aluekoordinaattorille tai muulle palvelun parissa työskentelevälle henkilölle. Enemmistö ammattilaisista arvioi Mielenterveystalosta löytyvän sisällön myös luotettavaksi, ajantasaiseksi ja ymmärrettäväksi. Tiedon kattavuus ja ryhmittelyn loogisuus saivat hieman kriittisemmät arviot. Sivuston toiminnallisuuteen liittyvissä avoimissa palautteissa mainittiin myös navigaation ja ryhmittelyn parantaminen.

Ammattilaisten arviot Mielenterveystalon käytettävyydestä vastaavat varsin hyvin suomalaisten yleisiä kokemuksia julkisten palvelujen nettisivuista. Kohvakan (2014) selvityksessä 90 % viranomaisten tai muiden julkisten palvelujen nettisivuja käyttäneistä suomalaisista oli tyytyväisiä tiedon löytymiseen sivustoilta, 94 % oli kokenut löytämänsä tiedon hyödylliseksi ja 85 % piti sivuja helppokäyttöisinä. Käytettävyyden parantamisen kannalta palvelun kehittämisessä kannattaakin kiinnittää huomiota etenkin verkkosivuston käyttönopeuteen ja tiedon löytymisen helpottamiseen (Valtiovainministeriö 2012, 43–44; Sundgren 2013, 34–36). Käyttönopeuden parantamisessa tulee huomioida käyttäjien tekninen toimintaympäristö, eli sivuston toimivuus eri selaimilla, laitteissa ja verkkoyhteyksissä (Valtiovainministeriö 2008, 35). Käyttönopeuteen voisi liittyä myös avoimissa palautteissa esiintynyt toive portaalin mobiilisovelluksesta. Uudet käytännöt eivät juurru työelämään, jos ne koetaan hitaammiksi ja epäkäytännöllisemmiksi kuin entiset toimintatavat (Paukkula 2009, 18).

Avoimissa palautteissa ja kehittämisehdotuksissa todettiin useampaan otteeseen, ettei Mielenterveystalon paikka- ja palveluhakuun ollut listattuna kaikkia saatavilla olevia palveluita tai tiedot olivat vanhentuneet. Jos palvelu koetaan puutteelliseksi, on oletettavaa että tietoa etsitään mieluummin muista tutummista verkkopalveluista tai käsillä olevista lähteistä. Toisaalta, jos käyttäjä pitää palvelusta, hän sietää myös jonkin verran käytettävyydevirheitä (Sinkkonen ym. 2009, 19).

Paikka- ja palveluhaun alueellisista puutteista annettu toistuva palaute nostaa esille sen, että ammattilaisilla on käytännön työssä tarvetta tämänkaltaiseen palvelusovellukseen. Kyselyssä ilmeni, että lähes puolet ammattilaisista hyödynsi Mielenterveystaloa myös palveluohjaukseen ja palveluhakuun. Puutteet tai virheet saattavat pidemmän päälle kuitenkin heikentää luottamusta portaaliin ja vähentää palvelun käyttöä. Vajaa puolet ammattilaisvastaajista käytti Mielenterveystalon lisäksi työssään myös muita verkkopalveluja, kuten Terveysporttia, Päihdelinkkiä tai oman kunnan verkkosivuja. Muiden sivustojen käytön syyksi mainittiin esimerkiksi palvelun tuttuus, sopivuus tietyille potilasryhmälle tai oman alueen palveluiden löytyminen. Terveysalan ammattilaisilla onkin perinteisesti vahva

luottamus esimerkiksi Duodecimin Terveysportin, Sosiaali- ja terveysministeriön sekä sairaaloiden ja sairaanhoitopiirien verkkosivujen tarjoamiin tietoihin ja palveluihin (Drake 2009, 113). Vaikka Mielenterveystalo kuvautui ammattilaisten arvioissa yleisesti luotettavaksi ja turvalliseksi tietolähteeksi, ei palvelu ole välttämättä saavuttanut kaikilta osin samanlaista statusasemaa hyvinvointitiedon lähteenä, joka pidempään toimineilla verkkosivuilla ja -palveluilla on.

### **Yhteenveto:**

- ✓ Mielenterveystalo tavoittaa ammattilaisia sekä perinteisellä että verkkomainonnalla, mutta suoraan ammattilaiselta toiselle suunnattu informaatio leviää parhaiten.
- ✓ Ammattilaiset hyödyntävät Mielenterveystaloa vaihtelevasti ja käyttäjät voidaan ryhmitellä aktiivisiin ja satunnaisiin palvelunkäyttäjiin.
- ✓ Mielenterveystalon käytettävyys ja luotettavuus ovat hyvällä tasolla. Käytettävyyden parantamisessa kannattaa panostaa etenkin käytönopeuteen, informaation löytymisen helpottamiseen ja alueellisten tietojen ajantasaisuuteen.
- ✓ Haasteeksi nousee palvelun käyttöaktiivisuuden parantaminen passiivisissa käyttäjäryhmissä, sekä käytettävyyden ja luotettavuuden hiominen ja ylläpito.

## 6.4 Mielenterveystalon sisältö ja hyöty

Palvelun käyttökokemuksen (Kuvio 2) keskiössä on palvelun olennaisuus; sen toiminnallisuus, oikea-aikaisuus ja soveltuvuus käyttötarpeisiin ja käyttötilanteisiin (Valtiovarainministeriö 2008, 12–13). Olennaisuutta selvitettiin kysymällä mitä Mielenterveystalon sisältöjä ammattilaiset käyttivät työssään ja millä tavoin, sekä mitkä osiot he olivat kokeneet hyödyllisiksi.

### **Käyttötarkoitus ja sisältö**

Mielenterveystaloa hyödynnettiin selvästi eniten tiedonhakuun ja psykoedukaatiotarkoituksiin. Hyödyllisimmiksi sisällöiksi nousivat Tietopankki, Oppaat ja Itsehoito-osiot. Myös näiden osioiden yksittäiset materiaalit

(Työkaluja mielen hyvinvointiin, Tietoa psykoosista) nousivat vertailussa hyödyllisimmiksi. Nämä sisältöosiot tukevat ammattilaisen itsenäistä tiedonhakuja, kasvokkain tapahtuvaa potilastyötä sekä potilaan omahoitoa. Mielenterveystalon projektihenkilökunnan mukaan portaalin avoimeen versioon tuotetaan myös jatkuvasti lisää laadukkaita omahoito-ohjelmia. Esimerkiksi tämän kyselyn tekemisen jälkeen on julkaistu muun muassa omahoito-ohjelmat masennukseen ja viiltelystä vapautumiseen (Mielenterveystalo 2015a). Mielenterveystalo on myös lanseeraamassa ammattilaisille suunnattua tietopankkia, jonka sisältö on tällä hetkellä testausvaiheessa (Mielenterveystalo 2015b). Ammattilaisten tietopankkia toivottiin suoraan myös tämän kyselyn avoimissa kehittämissuhteissa ja tämä osio tulee oletettavasti vastaamaan ammattilaisten materiaalintarpeeseen.

Ammattilaisten konkreettiset toiveet Mielenterveystalon toiminnan parantamiseksi olivat selkeitä, sisällöllisiä ja käytännönläheisiä. Itsehoitomateriaaleja, oppaita, testejä ja tehtäviä toivottiin niin potilaiden kuin ammattilaistenkin käyttöön. Materiaaleja toivottiin eri-ikäisille käyttäjille mitään potilasryhmää unohtamatta. Tämä osoittaa, että ammattilaisilla on käytännön potilastyössä tarvetta uusille, konkreettisille työkaluille, lähestymistavoille ja menetelmille. Lisäksi se puoltaa myös Sundgrenin (2013, 30–31) näkemystä, että terveyteen liittyvien verkkosivujen sisällön tulisi toimia intervention välineenä.

Ammattilaiset kaipasivat palveluun myös lisää vuorovaikutteisuutta. Verkkosivuston interaktiivisuuden voidaan katsoa olevan yksi sivuston käyttöä edistävä tekijä. Interaktiivisuus voi toteutua esimerkiksi mahdollistamalla käyttäjän vuorovaikutus joko asiantuntijoiden tai muiden käyttäjien kanssa. Hyviä esimerkkejä vuorovaikutteisesta viestinnästä ovat ammattilaisten neuvontapalvelut, käyttäjän palautteenantokanavat tai käyttäjien vertais-toiminta esimerkiksi keskustelufoorumeilla. (Sundgren 2013, 53–55.) Vuorovaikutteisuuden toteuttaminen voi olla ylläpidollisesti hankalaa, koska toiminnan toteuttaminen ja valvominen vie paljon aikaa ja resursseja. Mielenterveystalon avoimet sivut eivät tällä hetkellä tarjoa suoraa vuorovaikutteista sisältöä muuten kuin palautteenannon muodossa.



Oirenavigaation ja paikka- ja palveluhaun heikommät hyötöyypisteet yllättivät Mielenterveystalon projektihenkilökunnan. Oirenavigaatio tarjoaa tietoa mielenterveyden häiriöihin liittyvistä oireista ja tarjoaa vaihtoehtoja ongelman itsehoitoon tai hoitoon hakeutumiseen vaivan vaikeusasteesta riippuen. Paikka- ja palveluhaussa taas voi etsiä mielenterveyteen liittyviä palveluita diagnoosin tai paikkakunnan mukaan. (Mielenterveystalo 2015d.)

Paikka ja palveluhaun hyödyllisyyteen liittyvistä tekijöistä voidaan nostaa esille ainakin edellisessä luvussa mainitut ammattilaisten kokemat puutteet alueellisten tietojen ajantasaisuudessa. Oirenavigaation alhaista hyötöyypisteystystä selittäviä tekijöitä on puolestaan haastavaa nostaa suoraan kyselyaineistosta. Koska kyseessä ei ole selkeä ammattilaisen diagnoosipalvelu, käytetään varsinaisessa potilaan oirediagnostiikassa oletusarvoisesti muita lähteitä. Oletettavaa myös on, että enin osa potilaista tulee ammattilaiskontaktiin jonkin tunnistetun oireen vuoksi tai diagnoosilla, joka johtaa jatkoselvittelyyn ja hoitovaihtoehtojen pohtimiseen. Oirenavigaation voikin nähdä toimivan ammattilaisen ja potilaan välisenä linkkinä, jos potilas hakeutuu navigaation kautta ammattilaisavun piiriin. Esimerkiksi Rahikan (2013, 136) mukaan verkkopalvelut voivat toimia palveluketjun linkkeinä tilanteissa, joissa ihmiset eivät tiedä tarjolla olevista palveluista tai epäröivät niihin hakeutumista. Verkkopalveluista saadun avun ja tuen avulla asiakkaiden on mahdollista siirtyä eteenpäin palvelujärjestelmässä kasvokkain tapahtuvien palvelujen piiriin tai jatkaa asioiden käsittelyä verkossa.

### **Käyttötapa**

Mielenterveystaloa hyödynnettiin sekä välittömässä että välillisessä potilashoitotyössä. Yli puolet vastaajista käytti Mielenterveystalon sisältöjä potilaan itsenäisen työskentelyn tukena ja reilu kolmannes hyödynsi palvelua yksilö- tai ryhmämuotoisten potilastapaamisten aikana. Etenkin osastotyössä potilastietokoneen puute häittäsi monen vastaajan mielestä verkkopalvelujen hyödyntämistä. Avohoidossa Mielenterveystaloa käytettiin odotetusti enemmän potilaan itsenäisen työskentelyn tukena, sillä avohoidossa ammattilaiskontakteja on intensiivistä laitoshoidoa vähemmän, tapaamisaika on yleensä rajatumpi ja potilaan vastuu hoidostaan suurempi.

Neljäsosalle vastaajista Mielenterveystalo toimi lisäksi ammatillisen tiedonhaun, opiskelun, perehdytyksen, opiskelijaohjauksen tai oman työn sisältöjen suunnittelun välineenä. Osa mainitsi käyttävänsä palvelua itseopiskeluun työajan ulkopuolella. Tämä kertoo selkeästi siitä, että palvelussa on onnistuttu tuottamaan myös ammattilaista hyödyttävää tietosisältöä kiinnostavassa muodossa.

Vajaa neljännes vastaajista ilmoitti Mielenterveystalon sisällön korvaavan jotain konkreettista työtehtävää tai työvälinettä. Paperisten tuotteiden korvaaminen sähköisillä testeillä, ohjeilla, videoilla ja tehtävillä onkin loogista ja perustasoista sähköisen palvelun hyödyntämistä. Muutama ammattilainen ilmoitti palvelun käytön korvaavan myös suoraan jonkin työvaiheen tai työtehtävän, kuten osan potilaalle tai omaisille annettavasta psykoedukationtarpeesta. Alasoini (2014) onkin todennut, ettei teknologinen kehitys useinkaan syrjäytä ihmisten tekemää työtä kokonaan, vaan lähinnä osia työtehtävistä. Tämä on selkeä kehittämisenäkökulma, jonka huomioimisella Mielenterveystalon ammattilaiskäyttöä voitaisiin kenties tehostaa ja integroida selkeämmin osaksi ammattilaisten työtä ja potilaiden hoitopolkua.

Kiinnostavana yksityiskohtana on tässä yhteydessä nostettava esille myös se, että eräs vastaaja ilmoitti työnantajansa kieltäneen kaikkien verkkopalvelujen käytön työajalla. Ottamatta kantaa tämän linjauksen syihin tai rajauksiin joista allekirjoittaneella ei ole tietoa, on tässä ilmeinen ristiriita siihen, että digitalisaatio on yksi valtakunnan kärkihankkeita - myös sosiaali- ja terveyspalveluissa (Valtioneuvoston kanslia 2015, 20, 26). Jos ammatillisiin tarkoituksiin käytettävää vapaata tiedonhankintaa verkossa rajataan työnantajan taholta, on työtapojen ja asenteiden muuttumiseen vielä paljon matkaa. Vastauksesta voitiin myös päätellä, että vastaaja työskenteli alueella, jonne Mielenterveystalo oli lanseerattu. Tällä tiedolla palvelun käytössä voi kuitenkin olla paikallisia aukkoja, joista ei välttämättä olla tietoja.

## **Kokemuksellisuus ja hyöty**

Valtiovarainministeriön (2008, 12–13) mukaan palvelun käyttökokemuksen (Kuvio 2) huippuna on palvelun käytön kokemuksellisuus. Palvelun käytöstä aiheutuva positiivinen yllätyksellisyys, elämyksellisyys ja mielihyvä ovat huomionarvoisia tekijöitä arvioitaessa sitä mikä saa asiakkaan käyttämään palvelua ja valitsemaan sen muista tarjolla olevista palveluista.

Ammattilaiset kokivat Mielenterveystalon selkeästi innovatiivisena ja virikkeellisenä tietolähteenä, sillä valtaosa koki palvelun tarjoavan heille uusia työtapoja, menetelmiä ja välineitä. Suurin osa kyselyyn vastanneista ammattilaisista suosittelisi Mielenterveystaloa myös kollegalleen. Tämä kertoo vahvasti Mielenterveystalon positiivisesta imagosta ammattilaisten keskuudessa. Lisäksi palvelulla on ammattilaisten näkökulmasta selkeää hyödynnettävyyssarvoa. Mielenterveystalo koettiin nykyaikaiseksi työvälineeksi, jonka käyttäminen sekä potilaan kanssa että oman oppimisen lähteenä auttoi parhaimmillaan säästämään aikaa ja tehostamaan potilaan hoidon suunnittelua ja toteutusta. Se, että vastaajista jokainen suosittelisi potilaalleen Mielenterveystaloon tutustumista, kertoo parhaiten palvelun käytettävyydestä. Ammattilaiset eivät ohjaisi potilasta sellaisen tiedon äärelle, jota he pitävät kyseenalaisena, vaikeaselkoisena tai käyttäjäryhmälle sopimattomana.

Moni kyselyyn vastanneista ammattilaisista kuitenkin koki, ettei pystynyt hyödyntämään Mielenterveystaloa työssään niin usein tai monipuolisesti kuin haluaisi, tai mihin palvelussa olisi kapasiteettia. Myös tiedon löytämisessä raportoitiin ongelmia. Informaation löytyminen sivustolta linkittyi tässä yhteydessä oletetusti ryhmittelyn loogisuuteen, jossa ammattilaiset kokivat olevan hieman parantamisen varaa. Mielenterveystalon projekti-henkilökunnan mukaan informaation jäsentelyyn on jo kiinnitetty huomiota ja tähän liittyviä parannuksia on odotettavissa.

Itse työhön liittyvä ajanpuute on krooninen ongelma, johon on tässä yhteydessä mahdotonta vastata. Moni ammattilainen kuitenkin koki, ettei ollut ehtinyt tutustua tarpeeksi siihen mitä Mielenterveystalo piti sisällään, tai

vastaaja ei ollut varma miten hyödyntäisi kaikkea löytämäänsä materiaalia. Osa toivoi, että palvelun sisältöä ja käyttöä voitaisiin käydä enemmän läpi esimerkiksi osastotunneilla tai kehittämispäivissä.

Se että käyttäjät eivät oikein tiedä miten palvelua hyödyntäisivät ja kuvaavat ”eksyvän” sivustolla, voi kertoa osaltaan myös siitä, että avoimen verkkopalvelun käyttö osana käytännön potilastyötä saattaa olla vielä vierasta. Sähköiset palvelut sosiaali- ja terveysalalla ovat kohtuullisen tuore ilmiö, joten vaikka palvelua osattaisiin teknisesti käyttää, voi sen laaja ja monipuolinen hyödyntäminen olla kuitenkin vielä haasteellista. Van Limburg, van Gemert-Pijnen, Nijland, Ossebaard, Hendrix ja Seydel (2011) toteavat, että sähköisten palveluiden käytäntöön viemiseen panostetaan usein liian vähän tai liian myöhään. Positiivista on, että muutama kyselyyn vastannut ammattilainen oli huomannut palvelun hyödyntämisen lisääntyvän sitä mukaa mitä enemmän hän oli sitä käyttänyt ja perehtynyt palvelun mahdollisuuksiin. Hyödyntämisenäkökulmaan kannattaakin portaalin kehittämisessä paneutua, jotta palvelun koko kapasiteetti tulisi käyttöön.

#### **Yhteenveto:**

- ✓ Ammattilaiset hyödyntävät Mielenterveystaloa etenkin tiedonhankintaan, psykoedukaatioon ja potilaan omahoidon tukemiseen. Mielenterveystaloon toivotaan etenkin konkreettista sisältöä, joka toimii intervention välineenä.
- ✓ Mielenterveystalo toimii sekä suorassa potilaskontaktissa että omahoidon tukipalveluna. Palvelun sisällöllä voidaan korvata totuttuja työvälineitä tai työtapoja.
- ✓ Ammattilaiset eivät välttämättä käytä Mielenterveystaloa sen koko kapasiteetilta. Hyödyntämistä voivat rajoittaa ajan puute, perehtymättömyys, epätietoisuus palvelun hyödyntämismahdollisuuksista tai organisaation linjaukset.
- ✓ Mielenterveystalon imago on positiivinen, virikkeellinen ja innovatiivinen. Ammattilaiset suosittelivat palvelua sekä toisilleen että potilailleen.

- ✓ Haasteeksi nousee sisällöllisten toiveiden huomioiminen, sisällön hyödyntämisen helpottaminen sekä systemaattisen käytön lisääminen.

## 6.5 Ammatilainen, potilas ja Mielenterveystalo

Sähköisten terveystaluiden käyttö ja etänä tuotettavien terveystaluiden lisääntyminen kytkeytyvät osaksi ammatilaisen ja potilaan välistä roolimutosta (ks. Routasalo ym. 2009, 2352; Saarelma 2015, 1295). Tämän vuoksi kannattaa paneutua vielä erikseen ammattilaisten näkemyksiin potilaasta Mielenterveystalon käyttäjänä ja verkkopalvelun käytön vaikutuksesta ammatilaisen ja potilaan hoito- ja ohjaussuhteeseen.

Valtaosa ammatilaisista arvioi, että Mielenterveystalon käyttäminen potilaan kanssa voi tehostaa potilaan hoitoa ja tarjoaa lisää toimivia menetelmiä hoitotyöhön. Hieman skeptisemmin vastaajat suhtautuivat siihen, että Mielenterveystalon käyttäminen potilaan kanssa nopeuttaisi potilaan hoitoa. Vaikka palvelun käyttö potilaan kanssa koettiin helpoksi, se ei ollut kaikista vastaajista luontevaa. Positiivista on, että verkkopalvelun käyttö potilaan kanssa nähdään hoitoa tehostavana ja monipuolistavana tekijänä. Käytön luontevuuteen vaikuttavat varmasti sekä ammatilaisen että potilaan asenne internetin ja sähköisen palvelun käyttöön.

Ammattilaiset käyttivät Mielenterveystaloa sekä epäsuorassa että suoraan potilaaseen kohdennetussa hoitotyössä. Vain muutama ammatilainen mainitsi suoranaisesti korvaavansa portaalin materiaaleilla jotain oman työnsä vaihetta. Silti kaksi kolmesta hyödynsi portaalialueita potilaan itsenäisen työskentelyn tukena tapaamiskertojen välillä. Tästä voidaan päätellä, että Mielenterveystalon materiaaleilla on mahdollista jossain määrin korvata ammatilaisten aikaresurssia ja tehostaa hoidon vaikuttavuutta tarjoamalla potilaalle tukea ja välineitä suunnitelmalliseen omahoitoon. Myös Mutkan (2010, 38–39) tutkimuksessa hoitohenkilöstö on nähnyt mahdollisena, että sähköisillä palvelumuodoilla voitaisiin vähentää vastaanottokäyntejä ja siten vapauttaa resursseja muuhun käyttöön. Samaa mieltä on Saarelma (2015, 1295), joka uskoo että sähköiset palvelut voivat tietyissä tilanteissa

korvata ammattilaisen kohtaamisen, jolloin vapautunut resurssi voidaan kohdentaa sinne, missä tarve on suurempi.

Vaikka ammattilaiset kokivat, että Mielen terveystaloa pystyi käyttämään hyvin eri-ikäisten potilaiden kanssa, uskoi valtaosa vastaajista sen hyödyttävän etenkin nuorempia ikäryhmiä. Samoilla linjoilla on esimerkiksi Castren (2008), joka on tutkinut sähköisten terveystaloväestön käyttöä Ylioppilaiden terveydenhuoltosäätiössä ja todennut esimerkiksi potilaan ja lääkärin välisen sähköpostiviestinnän ja verkkoneuvontapalveluiden käytön olevan tässä kohderyhmässä luontevaa. (Castren 2008, 72, 84–85.) Mielen terveystalo tarjoaa kuitenkin runsaasti materiaalia eri-ikäisille potilaille. Palvelun tiedottamisessa kannattaakin huomioida, ettei se profiloitu nuorempien ikäluokkien käyttöön, vaan tulee hyödynnetyksi kaikissa ikäryhmissä.

Kiinnostavaa oli, että ammattilaiset kokivat Mielen terveystalon tarjoavan hoidollista informaatiota ja välineitä sekä hoidon alkuvaiheessa oleville että pidempään oireilleille potilaille. Portaalin materiaaleja hyödynnettiin myös omaisten tukemisessa ja informoinnissa sekä kokonaisvaltaisessa perhetyössä. Mielen terveystaloa käyttävät ammattilaiset olivat tunnistanneet myös verkkopalvelun erityishyödyt sellaisissa potilasryhmissä, joiden kanssa on vaikeaa toteuttaa hoitoa kasvokkain esimerkiksi etäisyyksien tai kommunikaation vuoksi. Hyvänä esimerkkinä tästä mainittiin omaishoitajat, kotiäidit ja maahanmuuttajat, jotka myös Joutsenniemi ym. (2011, 7) ja Rahikka (2013, 137) ovat listanneet selkeiksi sähköisistä palveluista hyötyviksi ryhmiksi. Tämä osoittaa, että ammattilaisilla on kykyä arvioida palvelun käyttötarkoituksia erilaisissa potilasryhmissä. Lisäksi ammattilaisilla on kykyä soveltaa verkkopalvelun käyttöä niin, että se hyödyttää ja palvelee potilaita, joille perinteiset palvelut eivät lähtökohtaisesti sovellu.

Ammattilaiset uskoivat Mielen terveystalon käyttämisen hyödyttävän eniten masennus-, ahdistuneisuus-, päihde- ja syömishäiriöpotilaita. Lievästi tai keskivaikeasti oirehtivat potilaat pystyivät ammattilaisten mukaan käyttämään verkkopalvelua ja hyödyntämään sen sisältöä. Ammattilaiset korostivat potilaan omaa taitoa ja kiinnostusta netin ja verkon käyttöön Mielen-

terveystaloa hyödynnettäessä. Myös Sihvo, Jauhiainen ja Ikonen (2014, 59–60) painottavat, että ammattilaisen täytyy pystyä arvioimaan asiakkaan ohjauksen tarvetta kartoittamalla esimerkiksi asiakkaan lähtövalmiuksia sähköisten palvelujen käyttöön. Vastavuoroisessa ohjaussuhteessa asiakas ja ammattilainen voivat esimerkiksi pohtia verkosta löytyvän terveystiedon luotettavuutta ja suunnitella tiedon hyödyntämistä asiakkaan terveyden edistämiseen ja omahoitoon.

Tässä onkin selkeä kiinne kohta siihen, miksi ammattilaisten palvelunkäyttöön kannattaa panostaa. Ammattilainen on siis paitsi palvelusta itse hyötyvä palvelunkäyttäjä, myös mahdollinen avaintekijä potilaalle Mielenterveystaloon. Vaikka osa Mielenterveystaloa käyttävistä potilaista löytää palvelun pariin oma-aloitteisesti, on ammattilaisilla suuri merkitys potilaan ohjaamisessa luotettavan terveystiedon äärelle (ks. Von Fieandt 2005b, 44; Procter ja Woodburn 2012, 24). Aiemmin todettiin jo, että ammattilaiset ovat valmiita suosittelemaan Mielenterveystaloa laajalti sekä kollegoilleen että potilailleen. Moni oli myös tutustunut palveluun alun perin työkaverinsa suosituksesta. Tämä tekee ammattilaisista tehokkaan palvelua levittävän markkinointikanavan (ks. Ramtohl 2015, 292).

#### **Yhteenveto:**

- ✓ Ammattilaiset katsovat Mielenterveystalon käytön hyödyttävän etenkin nuoria lievästi ja keskivaikeasti oirehtivia potilaita sairauden eri vaiheissa.
- ✓ Palvelun soveltuvuus arvioitiin potilaan oireiden, tietoteknisten taitojen ja motivaation mukaan.
- ✓ Haasteeksi nousee Mielenterveystalon aktiivinen ja luonteva hyödyntäminen erilaisten potilasryhmien kanssa osana muuta hoitoa.

## 6.6 Tiedosta kehittämiseen

### **Käyttäjäpersoonaa käyttäjämääräyksen välineenä**

Käyttäjätutkimuksen tuottaman tiedon ja datan analysoinnin jälkeen on aika miettiä, mihin saatu informaatio suunnataan. Yksityiskohtaisempi yh-

teenveto ja havainnollistaminen yleensä kannattaa, jotta tiedon jäsentäminen helpottuu. Eräs keino havainnollistaa käyttäjätietoa on muodostaa saadun datan perusteella erilaisia käyttäjäryhmiä, käyttäjäpersoonia ja käyttöskenaarioita. (Valtiovarainministeriö 2008, 31.)

*Käyttäjäryhmiä* voidaan muodostaa tunnistamalla käyttäjien ominaisuuksia ja tarpeita sekä yhdistämällä tarpeiltaan samankaltaisia käyttäjiä yhden ryhmän alle. *Käyttäjäpersoonana* puolestaan on arkkityyppikuvaus palvelun käyttäjästä, käyttäjätutkimuksen tiedon perusteella luotu fiktiivinen henkilö, johon kiteytyvät käyttäjäryhmän keskeisimmät ominaisuudet. Muodostettu persoona toimii työkaluna, jonka avulla voidaan uppoutua konkreettisemmin käyttäjän tarpeisiin, toiveisiin ja käyttäytymiseen. (Sivistystoimen työkalupakki palvelumuotoiluun 2013, 31; Valtiovarainministeriö 2008, 31.)

Luvussa 6.2 käytiin läpi Mielenterveystaloa käyttävien ammattilaisten taustatietoja ja hahmoteltiin keskimääräinen palvelunkäyttäjä. Lisähaasteeksi nostettiin ammattilaiskäyttäjien tarkempi profilointi ja tiedon huomioiminen käyttäjälähtöisessä palvelusuunnittelussa. Aineistosta nousikin selkeästi esille kaksi käyttäjäryhmää: aktiiviset ja satunnaisesti Mielenterveystaloa käyttävät ammattilaiset. Osa ammattilaisista käytti palvelua tottuneesti ja monipuolisesti, osa epävarmemmin. Tältä pohjalta muodostettiin Mielenterveystalon *aktiivikäyttäjän* ja *satunnaiskäyttäjän* persoonaprofiilit (Liite 4).

Persoonaprofiileihin on nostettu tietoperustasta kehittämisen kannalta keskeisiä asioita ja sitä on elävöitetty pohtimalla persoonan motiiveja. Kysessä ei siis ole tulosten suora keskiarvo tai jonkin ammattiryhmän kuvaus. Persoonat muodostettiin kyselyaineiston analyysivaiheessa, joten ne toimivat omalta osaltaan pohjana ja tukena muulle kehittämisosiolle. Persooniin on limitetty myös palvelun *käyttöskenaarioita* erilaisten tarpeiden tunnistamiseksi. Käyttöskenaarioissa huomioidaan esimerkiksi käyttötilanteet, käyttöihteys, palvelun käyttöön liittyvät muut prosessit ja palvelun tärkein sisältö käyttäjälle/käyttäjäryhmälle. (Valtiovarainministeriö 2008, 32.)



Tässä työssä haluttiin nostaa esille Mielenterveystalon käyttöön liittyviä kehittämiskohteita, joten aktiivisesti ja monipuolisesti palvelua käyttävän, sekä satunnaisesti ja epävarmasti Mielenterveystaloa hyödyntävän ammattilaisen kuvaukset toimivat tässä parhaiten kehittämisen pohjana. Persoonia voidaan kuitenkin muodostaa helposti myös muista palvelunkäyttäjäryhmistä, joten tämänkaltainen mallintaminen on helposti toistettavaa havainnollistamistyöskentelyä. Käyttäjäkyselyillä kerättyyn määrälliseen dataan voidaan helposti lisätä laadullisempaa tutkimusmateriaalia yksittäisten käyttäjien palautteista. Käyttöintresseiltään ja taustoiltaan erilaisten ammattilaisten tunnistaminen ja profiloiminen voi auttaa toteuttamaan käyttäjälähtöistä palvelusuunnittelua ja palveluiden tuottamista parhaimmillaan.

## 7 HUOMIOT JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

### 7.1 Käyttäjätutkimuksesta käytäntöön

Tämän työn tavoitteena oli tuottaa Mielenterveystalolle tietoa portaalin käyttökokemuksista osana potilashoitotyötä ja pohtia kehittämisehdotuksia, joilla Mielenterveystaloa voitaisiin ammattilaisten näkökulmasta kehittää palvelemaan käyttäjiään paremmin. Samalla selvitettiin niitä asenteita, taitoja ja valmiuksia, joita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla oli avoimen verkkosivuston käyttöön osana päihde- ja mielenterveystyötä.

Edellisessä luvussa on kuvailtu sosiaali- ja terveysalan ammattilaisia Mielenterveystalon käyttäjinä käyttäjätutkimuksen ideologian mukaisesti. Lähestymistapa pyrkii nostamaan esiin keskeisiä palvelun käyttötapoja, koettua hyötyä sekä käyttäjäryhmän tarpeita ja toiveita (Valtiovarainministeriö 2008, 26). Kyselyn, tulosten ja keskeisiksi nousseiden teemojen analyysin pohjalta on muodostunut yleiskäsitys Mielenterveystalon ammattilaiskäyttäjistä ja palvelun käytöstä osana päihde- ja mielenterveystyötä.

Kyselyaineistosta nousi esiin keskeisiä sähköisen palvelun kehittämiseen liittyviä haasteita. Haasteet on koottu yhteen (Liite 5, Kuvio 1) ja mallinnettu edelleen yhtenäisemmiksi kehittämisen teemoiksi (Liite 5, Kuvio 2), joiden ytimenä on käyttäjän tunteminen (ks. luku 6.6). Kehittämisteemojen alle on kerätty ehdotuksia, joihin pureudutaan seuraavaksi yksityiskohtaisemmin. Esiin on nostettu erityisesti sellaisia tekijöitä, joilla pyritään *lisäämään, helpottamaan ja tehostamaan* palvelun käyttöä. Ammattilaisten antamaa palautetta palvelun käytettävyydestä ja sisällöstä kannattaa tarkastella myös siitä näkökulmasta, mitä vinkkejä se voi antaa uuden ammattilaisille suunnatun osion kehittämiseen. Näkökulma on tulevaisuuskeskeinen ja ehdotelmissä painotetaan sekä palvelun käyttäjille, organisaatioille että palveluntarjoajalle aiheutuvaa hyötyä.

## 7.2 Käytettävyyden ja hyödyntämisen helpottaminen

### **Haasteena käytettävyystekijöiden hiominen ja ylläpito**

Mielenterveystalon käytettävyys kuvautui ammattilaisten vastauksissa varsin hyvänä. Vaikka ammattilaiset arvioivat Mielenterveystalon käytettävyydessä olevan pieniä puutteita, oli se enemmistön mielestä kokonaisuutena hyvällä tasolla. Vähäisiinkin puutteisiin kannattaa kuitenkin kiinnittää huomiota, sillä ammattilaiskäyttäjien toteamat puutteet palvelun käytettävyydessä ja hyödynnettävyydessä ovat todennäköisesti olemassa myös muissa asiakaskäyttäjäryhmissä. Palvelun hallintaan kuuluu keskeisesti palvelun teknisen toimivuuden, käytön ja käytettävyyden seuranta. Käyttäjien jatkuva huomioiminen auttaakin kehittämään palvelua jatkuvasti oikeaan suuntaan. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 33.)

Mietittäessä palvelun kahta esiin nostettua käyttäjäryhmää eli aktiivisempia ja satunnaisempia palvelunkäyttäjiä, palataan jälleen palvelun käytön nopeuteen, sujuvuuteen ja omaksuttavuuteen. Jos palvelua käytetään usein, ovat käytön nopeus ja sujuvuus etusijalla. (Valtiovarainministeriö 2008, 32). Tällä perusteella palvelua nyt jo *aktiivisesti* käyttävät ammattilaiset hyötyvät eniten käytettävyyden teknisistä parannuksista, jotka parantavat käyttökokemusta ja sitouttavat käyttämään palvelua. Yksittäisistä teknisistä parannuksista esimerkiksi palvelun mobiiliversio on jo toteutunut ja parantanut toivottavasti myös käytön sujuvuutta ja nopeutta. Alueellisten paikka- ja palvelutietojen ylläpidossa kannattaa myös pohtia, voisiko toiminnon päivittämisessä tehdä tiivistä yhteistyötä muiden vastaavia palvelutietoja ylläpitävien tietokantojen kanssa, jotta alati muuttuvan palvelukentän ylläpito helpottuisi. Samalla huomioidaan myös luotettavuustekijöitä.

### **Haasteena sisällön hyödyntämisen helpottaminen**

Ammattilaisten sisällöllisissä toiveissa korostuivat etenkin konkreettisuus, monipuolisuus, sekä eri potilasryhmien ja oirekuvien huomioiminen. Yksittäiset toiveet ovat poimittavissa tulososiosta ja osaan näistä on sisällöllisesti jo vastattukin. Sisällön tuottamisen sijaan Mielenterveystalon käyttöä

edistävinä tekijöinä painottuivat etenkin toiveet palvelun tutuksi tekemisestä ja hyödyntämisen helpottamisesta.

Mielenterveystalon tietosisältö on kasvanut runsaasti jo tämän hankkeen toteutuksen aikana. Hintikka ja Rongas (2010, 33) toteavat, että sisällöntuotannon ohella tarvitaan selkeää sisällönhallinta-ajattelua. Tällä tarkoitetaan informaation järjestämistä ja saattamista helposti hyödynnettävään muotoon. Mielenterveystaloa käyttävien ammattilaisten kokemuksista voidaan helposti summata, että palvelun käyttöönotto ja hyödyntäminen kannattaa tehdä mahdollisimman helpoksi. Etenkin jos palvelua käytetään *harvoin*, tulisi sen omaksuttavuuteen kiinnittää huomiota (Valtiovainministeriö 2008, 32).

Erilaisten palvelupolkujen hahmotteleminen on keino mallintaa toimintoja ja väline toiminnan systemaattiseen kehittämiseen. Palvelupolku koostuu perinteisesti palvelutuokioista, jotka taas muodostuvat kontaktipisteistä. (Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 23.) Mielenterveystalo on mallintanut tämän kyselyn toteuttamisen jälkeen informaatiota, ohjeita ja materiaalia sivuilleen erilaisten omahoito-ohjelmien muotoon. Konseptia voisi hyödyntää pidemmälle Mielenterveystalon tulevassa ammattilaisten osiossa kokoamalla eri potilasryhmille suunnattuja materiaaleja opastavan palvelupolkuajattelun mukaisesti, mutta painottaen erityisesti *verkkovälitteisten* tai *sähköisten toimintojen osuutta hoidossa* ja informoinnissa. Tähän voisi kenties yhdistää jonkinlaista oirenavigaatiovalintaa, jolla ammattilainen voisi valita potilaansa problematiikan mukaisesti esimerkiksi masennuksen, päihteidenkäytön ja parisuhdeongelmat. Automatisoitu järjestelmä voisi tällä perusteella ehdottaa ne kokonaisuuteen liittyvät materiaalit, testit ja omahoito-ohjelmat, jotka ovat palvelussa saatavana. Settiin voisi liittää myös ohjeita ja kommentteja materiaalin hyödyntämiskeinoista.

Palvelupolkuajattelu saattaisi auttaa ammattilaista navigoimaan palvelussa helpommin ja palvelua epävarmemmin hyödyntävä käyttäjäryhmä voi hyötyä neuvoista konkreettisesti. Opastava, ehdotteleva ja neuvova ote takaisi että palvelu ei jää alikäyttöön syystä, ettei yksittäisten työntekijöiden aika

tai perehtyneisyys riittää palvelun syvälliseen tutkimiseen. Kenties näin saataisiin lisättyä ja helpotettua sähköisten materiaalien käyttöä perinteisten hoitotyön menetelmien rinnalla.

### 7.3 Jalkauttamisen ja tiedottamisen tehostaminen

#### **Haasteena käytön lisääminen**

Tulososion käyttöihteyslukujen perusteella todettiin, että ammattilaisten enemmistölle Mielenterveystalon käyttö oli enemmän satunnaista kuin säännöllistä. Hyysalon (2009, 53) mukaan teknologian hyödyntäminen saattaa laajassa mittakaavassa olla vielä haurasta, joten tarvitaan aktiivista ohjausta ja kannustusta ettei se jää vajaakäyttöön tai kokonaan hyödyntämättä. Yhdeksi kehittämisen haasteeksi nostettiinkin käytön lisääminen passiivisissa käyttäjäryhmissä. Samalla voidaan myös pohtia palvelun jalkauttamista laajemmalle käyttäjäkunnalle. Terveystalon innovaatioiden käyttöönoton onkin todettu tehostuvan, kun niiden normaalia leviämistä tehostetaan tarkoituksellisin toimenpitein (Jippes, Achterkamp, Pols, Brand ja van Engelen 2013, 260).

#### **Palvelun jalkauttaminen ja ammattilaisen tavoittaminen**

Mielenterveystalon tiedottamisessa aluekoordinaattorien merkitys korostui suurena. Aluekoordinaattorien roolia ja tehtäväkuvaa voisi korostaa entisestäänkin alueellisen tuen lisäämiseksi. Laajoja alueita hallinnoivien koordinaattorien lisäksi esimerkiksi toimipaikka- tai organisaatiokohtaisten yhteyshenkilöiden lisääminen saattaisi tehostaa Mielenterveystalon ammattilaisnäkyvyyttä ja madaltaa käyttöönoton kynnystä entisestään. Jippes, Achterkamp, Brand, Kieweit, Pols ja van Engelen (2010, 1515) toteavat uusien innovaatioiden leviävän sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten parissa tehokkaasti sosiaalisten verkostojen välityksellä. Innovaatioihin positiivisesti suhtautuvien ammattilaisten tunnistaminen ja heidän osallisuutensa niiden levittämiseen voi tehostaa oppimista ja vähentää mahdollista vastustusta. Tämä jatkaisi aluekoordinaattorien toimivaa vertaistyydyntämislinjaa, jonka myös Hintikka ja Rongas (2010, 57) totesivat tehok-

kaaksi tiedon jakamisen ja oppimisen kanavaksi. Tällaisten Mielenterveystalon *mentorien*, eli palvelua paljon hyödyntävien henkilöiden hyödyntäminen vertaisohjauksessa, käyttöön viemisessä ja toimipaikkakohtaisten sovellutusten pohtimisessa voisi auttaa tavoittamaan palvelunkäyttäjiä esimerkiksi heikommin tavoitetuilla sektoreilla.

Erilaisiin työpaikkakoulutuksiin ja infoihin jalkautuminen näyttäytyi ammattilaisten kannalta myös tärkeänä, mutta palveluinformaation lisäksi kaivattiin selkeästi myös konkreettista käyttöopastusta. Palvelun jalkauttamisessa eli käytäntöön viemisessä onkin tärkeää huomioida palvelua jo käyttävät henkilöt sekä uudet potentiaaliset käyttäjät. Koska etenkin vähemmän työkokemusta omanneet vastaajat kokivat palvelun tarjoavan heille eniten uutta tietoa ja menetelmiä, kannattaa Mielenterveystaloa markkinoida aktiivisesti uusille, aloitteleville työntekijöille ja opiskelijoille oman perehtymisen ja oppimisen tueksi. Kokeneemmille työntekijöille palvelua voisi mainostaa kenties tehokkaimmin tuomalla esiin palvelun hyötyjä, monipuolisuutta ja vaihtelua omiin työrutiineihin.

Ammattilaiskäyttäjien määrän lisäämiseksi kannattaa huomioida sähköiset tiedotuskanavat ja linkitykset jatkossakin, sillä kyselyn perusteella ne olivat tavoittaneet ammattilaisia varsin hyvin. Sosiaalisen median näkyvyydestä pitävät huolen Mielenterveystalon aktiivisesti päivittyvät Facebook-sivut, jotka olivat kyselyn perusteella myös tuoneet ammattilaisia palvelun käyttäjiksi.

Astetta henkilökohtaisemmalla tasolla ammattilaisia voitaisiin tavoittaa esimerkiksi *ammattilaisten uutiskirjeellä*, joka voisi toimia tiedotteena, mainostuskanavana sekä sisältöön perehdyttävänä tekijänä. Uutiskirjeen voi toteuttaa maanlaajuisena tai paikallisena ja levittää helposti aluekoordinaattorien verkostojen kautta edelleen. Sisällöllisesti uutiskirje voisi tarjota katsauksia Mielenterveystalon ajankohtaisiin asioihin, päivityksiin, sisältöihin ja sisällön hyödyntämiseen. Tiedottamisen ja opastamisen lisäksi uutiskirje pitäisi myös yllä tietoisuutta palvelun olemassaolosta, vaikka ammattilainen ei aktiivisesti Mielenterveystaloa hyödyntäisikään. Uutiskir-

jettä voisi varioida myös monin erin tavoin toteuttamalla sen esimerkiksi videomuotoisena tai kierrättämällä uutisvuoroa sairaanhoitopiireittäin.

#### 7.4 Systemaattisen hyödyntämisen lisääminen

##### **Haasteena systemaattinen käyttö**

Hyvinvointialojen haasteena on alan tuottavuuden kohottaminen ja kustannustason nousun hillitseminen innovaatiotoiminnan keinoin. Alan pirstaleisuus saattaa kuitenkin estää innovaatioiden ja hyvien käytäntöjen leviämisen yksiköiden välillä. (Hyvärinen 2011, 25.) Mielenterveystalon etu on selvästi siinä, että kyseessä on avoin verkkosivusto joka kattaa ainakin teoriassa koko Manner-Suomen (Mielenterveystalo 2015a). Palvelun systemaattinen hyödyntäminen osana potilastyötä voisi auttaa tarjoamaan tutkittua, luotettavaa ja tasalaatuista hoitoa potilaan palvelupaikasta riippumatta.

Kyselyaineiston perusteella voidaan todeta, että Mielenterveystalon käyttö voi lisätä ammattilaisten tietoa ja osaamista, tehostaa työskentelyä ja monipuolistaa työtapoja. Ammattilaisten arvion mukaan Mielenterveystalon käyttö voi myös tehostaa hoitoprosesseja asiakkaan kannalta sekä tuottaa asiakkaalle lisäarvoa omahoidon tukipalveluna. Taloudellista hyötyä palvelun käytöstä voidaan saavuttaa jos Mielenterveystalon käytöllä voitaisiin saada potilas ottamaan aktiivisempi ote omasta hoidostaan, korvata osa ammattilaisen tekemästä työstä, sekä tehostaa hoidon vaikuttavuutta. Mielenterveystalo täyttää siis ainakin lähtökohtaisesti kaikki verkkopalvelun hyötynäkökulmat (ks. Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja 2013, 20, 70).

Barakatin ym. (2013) mukaan koettu hyöty ja tehokkuus antavat viitteitä siitä, että ammattilaiset olisivat valmiita omaksumaan sähköisen palvelun käytön toimintaprosesseissa. Henkilöstön myötämielisyyden lisäksi tarvitaan kuitenkin myös organisaation sitoutumista sähköisten terveystaluteknologioiden mukanaan tuomaan työkulttuurin muutokseen. Aineiston ulkopuolelta on otettava pohdintaan vielä se näkökulma, ettei Mielenterve-

ystalo välttämättä tavoita kaikkia potentiaalisia ammattilaiskäyttäjiä syystä, että kyseessä on avoin verkkopalvelu jota ei ole kytketty potilastietojärjestelmiin. Jos ammattilainen ei yksilötasolla ole kiinnostunut sähköisten palveluiden ja medioiden käytöstä työssään eikä palvelun käyttöön ole työnantajan taholta kehoitetta, ei sivustolla välttämättä vieraila omaaloitteisesti.

Muun muassa Castren (2008, 84–85), Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (2012, 18) sekä Mäkinen ja Jousimaa (2015, 1283) ovat todenneet sähköisten terveystalvuiden näyttelevän merkittävää osaa tulevaisuuden terveystalvuiden kokonaisuudessa. Jotta sähköisten palvelujen käyttö ei jää kiinni ammattilaisen henkilökohtaisesta innokkuudesta tai asenteesta (ks. Honkanen ja Paasivaara 2010, 34; Ramtohu 2015, 291) tarvittaisiin organisaatiotason kiinnostusta avoimen verkkopalvelun aktiivisempaan hyödyntämiseen. Esimerkiksi Whiten ym. (2010) mukaan verkkopohjaiset interventiot saavuttavat kohdeyleisönsä todennäköisesti paremmin, jos ne liitetään erilaisiin kampanjoihin tai terveydenhuollon rutiineihin. Palvelun hyötynäkökulmia kannattaakin tuoda voimakkaasti esiin organisaatiotason tiedottamisessa, jotta palvelun hyöty konkretisoituisi mahdollisimman laajalle.

### **Hyödystä integraatioon**

Eräs tekijä, jolla Mielenterveystalvota voitaisiin viedä interaktiivisempaan, integroidumpaan sekä ammattilaisista ja potilasta paremmin palvelevaan suuntaan voisi olla *kansalaisen oman osion* rakentaminen portaalien. Osio, jonne potilas voisi tallentaa tekemiään testejä ja harjoitteita tukisi potilaan omahoitoa ja omatoimista voimien seuranta. Hoidon piiriin kuulumattomalle kansalaiselle voisi palvelussa olla mahdollisuus matalan kynnyksen yhteydenottoon päihde- ja mielenterveysongelmissa. Hoitosuhteessa olevan potilaan kohdalla ammattilaiselle voisi taas rakentaa rajatun näkymän potilaan tietoihin, mikä mahdollistaisi palvelun toiminnan potilaan ja ammattilaisen yhteisenä viestintä- ja työskentelykanavana. Ammattilainen voisi tukea potilaan omahoitoa vastaanottokäyntien ulkopuolella esimerkiksi



lähettämällä potilaalle tehtäviä tai herätteitä, mikä saattaisi tehostaa hoitoprosessia etenkin avohoidossa.

Tämänkaltainen sähköinen työskentely osana muuta hoitoa voisi helpottaa digitalisaation tuomista vähittäin osaksi ammattilaisten systemaattisia työkäytäntöjä. Tämä vaatisi toki laajaa sähköisen palvelumaailman integrointia osaksi palveluprosesseja, mutta toisi mukanaan myös mahdollisuuden toiminnan tehostamiseen. Vapaamuotoisena työskentelyalustana tämä ei kilpailisi myöskään Mielenterveystalon nettiterapioiden kanssa, jotka ovat läheteprosessilla toimivaa, maksullista ja perinteisen vastaanottokäynnin korvaavaa verkkoterapiaa lieviin tai keskivaikeisiin mielenterveyden häiriöihin (Mielenterveystalo 2015e).

## 8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

### 8.1 Kehittämishanke prosessina

Työelämän rakenteet ovat muuttumassa aineellisesta kohti aineettomien tuotteiden ja palvelujen valmistusta. Hyvinvointialojen digitalisoitumisen lisääntyessä asiakkaiden kuuntelu ja heidän palvelutarpeidensa parantaminen on ensiarvoisen tärkeää. (Hyvärinen 2011, 25.) Soveltava työelämän tutkimus on keino kehittää esimerkiksi toimialan asiakastyön käytäntöjä ja palveluja. Tällöin tarvitaan tutkimustietoa muun muassa toimialan palvelurakenteesta, palvelua tuottavista toimijoista, palvelupoluista sekä asiakkaasta ja hänen toimintatavoistaan. (Vilkkä 2015, 19.)

Tämän kehittämishankkeen lähtökohtana olivat kiinnostukseni sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisen trendeihin ja etenkin niiden asemaan päihde- ja mielenterveyspalveluissa. Olen tehnyt työuraani erityisesti psykiatrisen erikoissairaanhoidon laitos- ja avopalveluissa, joten päihde ja mielenterveyspalvelut ovat minulle työelämän tutuin kenttä. Palvelurakenteen muuttuessa yhä avohoitopainotteisemmaksi (ks. Rainio ja Rätty 2015, 1) on pohdittava keinoja toiminnan tehostamiseen. Sähköisiä palveluita ja niiden tuomia mahdollisuuksia asiakaslähtöisyyden parantamiseen ja hoitohenkilökunnan työn tehostamiseen on tarkasteltu Suomessa vielä varsin vähän, vaikka alan kehittämisen kannalta ne omaavat huomattavaa potentiaalia.

Mielenterveystalo oli minulle tuttu verkkopalvelun satunnaisesta työkäytöstä, mutta muita kytköksiä palveluun tai sen organisaatioon minulla ei ennen tätä prosessia ollut. Opinnäytetyöprojekti lähti liikkeelle keskustelusta Mielenterveystalon Päijät-Hämeen aluekoordinaattorin kanssa. Suunnittelu ja ideointi johtivat idean esittelemiseen Mielenterveystalon projektihenkilökunnalle ja tämän työn toteuttamiseen.

Työn suuret suuntaviivat otettiin sosiaali- ja terveysalan ajankohtaisista linjauksista, sähköisestä palvelutoiminnasta ja ammattilaisen työnkuvan muutoksesta. Ammattilaisnäkökulma valittiin kiinnostuksesta työntekijän

näkemyksiin alan digitalisoitumisesta. Käyttäjätutkimus toimi hyvin palvelun käytön ja käyttäjäprofiilin kartoittamisen tukena. Verkkokysely tuotti vastauksia varsin kohtuullisesti, vaikka toisaalta myös laadullinen lähestymistapa olisi voinut tuottaa yhtä hyvin tarkoituksen täyttävää materiaalia.

Kehittämishanke toteutui vuosien 2014–2016 aikana ja sen vaiheet on kuvattu luvussa 4. Toteutus venyi aikataulutekijöiden vuoksi hieman pidemmälle aikavälille kuin oli tarkoitus, mutta työ ei kärsinyt siitä sisällöllisesti tai toiminnallisesti. Toimeksiantaja ei asettanut hankkeelle aikarajaa ja tulokset esitettiin toimeksiantajalle jo ennen hankkeen kirjallisen osuuden julkaisua. Hankkeen tuottamien ehdotusten hyödyntämisen aste ja tapa jää palveluntarjoajan arvioon.

Hankkeen toteutus painottui valtaosin itsenäiseen työskentelyyn sen kartoittavan luonteen vuoksi. Kriittiset arviointi- ja toteutusvaiheet hyväksyttiin Mielenterveystalolla ja työn linjauksista käytiin keskustelua. Jälkeenpäin ajatellen olisin voinut hakea vuoropuhelua kohdeorganisaation kanssa aktiivisemminkin. Tästä olisi kenties voinut olla apua aineiston suhteellisen raskaassa analyysiprosessissa. Prosessin tukena ja tärkeänä arviointikanavana toimi opinnäytetyön ohjausryhmätyöskentely ja ohjaavan opettajan palaute.

Roolini kehittämishankkeessa oli toimia organisaation ulkopuolisena tahona sekä kyselyn että kehittämismenetelmien suhteen. Tämä vastaa perinteistä tutkimusasetelmaa, jossa tutkija on erillään tutkittavasta ilmiöstä (Kananen 2014, 54). Lähestymistavan voidaan katsoa tuottaneen objektivista havainnointia ja tietoa, koska minulla ei ollut aiempaa kokemusta aihepiiristä tai sidonnaisuuksia palveluntuottajaan. Toisaalta voidaan pohtia sitä, olisiko hanke tuottanut erilaista tai syvällisempää tietoa, jos organisaatio ja projekti verkkopalvelun takana olisi ollut minulle tuttu. Tätä on tosin vaikea spekuloida, koska työskentely sähköisten palvelujen parissa olisi todennäköisesti muokannut lähestymistapaani ja katsantokantaani koko aihepiiriin.

Tämän kehittämishankkeen keskeisenä tavoitteena oli tutustua Mielenterveystalon ammattilaiskäyttäjiin ja tuottaa Mielenterveystalolle tietoa portaalien käyttökokemuksista osana potilashoitotyötä. Lisäksi tavoitteena oli pohdita kehittämisehdotuksia, joilla Mielenterveystaloa voitaisiin ammattilaisten näkökulmasta kehittää palvelemaan paremmin sekä potilaita että ammattilaisia. Samalla selvitettiin niitä asenteita, taitoja ja valmiuksia, joita sosiaali- ja terveysalan ammattilaisilla oli avoimen verkkosivuston käyttöön osana päihde- ja mielenterveystyötä. Hankkeella pystyttiin tuottamaan konkreettista ja kuvailevaa tietoa Mielenterveystaloa käyttävistä ammattilaisista, sekä ehdotuksia siitä miten ammattilaisten kokemuksiin tarpeisiin voisi vastata. Hankkeen päälinjat ovat pysyneet samoina koko prosessin ajan, mutta toteutus on muokkautunut ja täsmentynyt prosessin aikana. Tämä oli harjattu valinta, koska empiirisen käyttäjätutkimuksen tuottama tieto määritteli kehittämisosion lopullisen suunnan.

Projektin toteuttaminen HUS:n ja Mielenterveystalon kanssa on ollut kiinnostavaa ja valaisevaa. Itselleni laajassa mittakaavassa vieraampi sähköisten palvelujen aihepiiri vaati syvällistä perehtymistä uuteen palvelukenttään. Haasteita toi myös työn toteuttaminen lähtökohtaisesti vieraaseen organisaatioon. Kaipasin opinnäytetyöltä haastetta ja osaamisen kartuttamista alan kehittämiseen liittyvässä toiminnassa. Nämä henkilökohtaiset tavoitteet täyttyivät kirkkaasti.

## 8.2 Luotettavuus

Tämä tutkimuksellinen kehittämishanke toteutui käyttäjätutkimuksena, joka on hyvä keino saada tietoa palvelun kohderyhmästä ja sen käyttäytymisestä (Valtionvarainministeriö 2008, 26). Kehittämishankkeen tutkimusaineistona toimi hanketta varten muodostetun kyselyn tuottama primaariaineisto, joka on Kankkusen ja Vehviläinen-Julkusen (2013, 113) mukaan hyvä keino tuottaa välitöntä tietoa tutkimuskohteesta. Kysely toteutettiin kustannustehokkaana ja vastaajia helposti tavoittavana määrällisenä verkkokyselynä, jossa hyödynnettiin osaltaan kvalitatiivisia menetelmiä.

Määrällisen tutkimuksen arviointia suoritetaan tarkastelemalla tutkimuksen reliabiliteettia, validiteettia ja kokonaisluotettavuutta. Kokonaisluotettavuuden voidaan katsoa olevan hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. (Vilkkä 2007, 149–152.) Tutkimuksen pätevyys eli validius lähtee siitä, ettei se saa sisältää systemaattisia virheitä. Käsitteet, perusjoukko ja muuttujat tulee määrittellä suunnitteluprosessissa tarkasti ja aineiston kerääminen suunnitella huolellisesti. Tutkimuksessa käytetty mittari tulee myös suunnitella huolella varmistaen, että kysymykset kattavat koko tutkimusongelman. (Vilkkä 2015, 193.) Kyselyn kysymykset rajattiinkin kehittämishankkeen tarkoituksen ja ongelmanasettelun kannalta merkityksellisiin kysymyksiin. Kysely pyrittiin muokkaamaan mahdollisimman lyhyeksi, loogisesti eteneväksi ja selkeäksi. Kysymykset pyrittiin pitämään ytimekkäinä ja helposti tulkittavina. Vastaajia ei pakotettu vastaamaan kaikkiin kysymyksiin ja vastausvaihtoehtoihin sisällytettiin vaihtoehto ”en tiedä”. Tällä pyrittiin minimoimaan vastaajan painostaminen ja tulosten vääristyminen. Kyselyn alussa vastaajaa ohjeistettiin vastaamisesta ja kyselyn kriteereistä. Kyselyn liitteenä lähetettiin myös saatekirje yhteystietoineen tutkimuksen taustojen selittämiseksi.

Tutkimuksen reliabiliteetti arvioi tulosten pysyvyyttä mittauksesta toiseen, etenkin mittaamiseen liittyviä asioita ja tutkimuksen toteutuksen tarkkuutta. Reliabiliteetin arvioinnissa otetaan huomioon esimerkiksi vastausprosentti, miten onnistuneesti otos edustaa perusjoukkoa ja mahdolliset mittausvirheet. (Vilkkä 2007, 149–152.) Satunnaisvirheitä syntyy esimerkiksi silloin, jos vastaaja ymmärtää kysymyksen eri tavalla kuin tutkija, tai tutkija itse tekee virheitä tallentaessaan dataa. Virheet eivät välttämättä vaikuta huomattavasti tutkimuksen tavoitteiden täyttymiseen, mutta ne on tärkeää huomioida. (Vilkkä 2015, 194.) Satunnaisvirheiden mahdollisuus minimoitiin esimerkiksi tarkastamalla kyselystä saatu ja Exceliin siirretty määrällinen data kahteen kertaan. Myös avointen kysymysten vastaukset seulottiin tarkasti läpi virheellisten tulkintojen tai epäjohdonmukaisuuksien varalta. Aineisto pyrittiin käymään tarkasti läpi ristiintaulukoinnin avulla ja tämä prosessi on tehty näkyväksi kuvioissa (Kuviot 5-16 ja Liite 3).

Tutkimusilmiöön kuuluvan kohderyhmän tavoittaminen voi olla haasteellista tutkimustavasta riippumatta. Verkkotutkimuksissa jäädyään usein jopa 10 % vastaajamääriin, mikä on tilastollista yleistämistä ajatellen liian vähän. (Kananen 2014, 21, 24.) Kontrolloimattoman aineistonkeruutavan vuoksi on mahdotonta tietää kuinka paljon vastaajia kysely kokonaisuudessaan tavoitti. Kyselyä levitettiin sähköpostitse alkuperäisistä vastaajaryhmistä edelleen ja kyselyn linkki oli myös avoimessa jaossa Mielenterveystalon Facebook-sivuilla. Tämän vuoksi kyselyn vastausprosenttia ei voida tarkkaan arvioida. Webropol-statistiikan mukaan kyselyn avanneiden ja lähetäneiden määrästään voidaan karkeaksi vastausprosentiksi laskea 52 %.

Webropol-kyselyn avoimeen linkkiin ja linkin jakamiseen sosiaalisessa mediassa liittyy vaara, että kyselyyn on voinut vastata kuka tahansa. Tämän vuoksi vastaukset käytiin sisällöllisesti läpi yksittäin, jolloin pystyttiin muodostamaan kokonaiskuva siitä, oliko vastaajalla kokemusta Mielenterveystalon käytöstä. Tämän seulonnan perusteella aineistosta hylättiin yksi vastaus.

Kyselyaineiston luotettavuutta heikentää se, ettei vastauksia saatu kaikkien Mielenterveystaloa käyttävien sairaanhoitopiirien alueelta. Tuloksia voi myös vääristää se, että eniten vastauksia tuli palvelun kotiorganisaatiosta HUS:sta ja omasta työskentelyorganisaatiostani Phsotey:sta. Painotus on ymmärrettävä koska HUS:n alueella Mielenterveystaloa on käytetty kauan, tietoisuus palvelun olemassaolosta on levinnyt laajalle ja palvelu on oletta-vasti ehtinyt ajan kanssa juurtua osaksi toimintakäytäntöjä. Phsotey:n alueella Mielenterveystaloa on käytetty myös useamman vuoden ajan. Tämän lisäksi pystyin mainostamaan kyselyä parhaiten Phsotey:n alueella, mikä varmasti näkyy vastaamisaktiivisuudessa.

Huomioitavaa myös on, että osa kyselyalueeseen kuuluneista sairaanhoitopiireistä oli liittynyt Mielenterveystalon käyttäjiksi vasta muutamia viikkoja tai kuukausia ennen kyselyn suorittamista. Tämä saattaa selittää sen, ettei vastauksia näiltä alueilta saatu tai vastausmäärät jäivät vähäisiksi. Lisäksi yhden sairaanhoitopiirin alueella olisi tarvittu erillinen tutkimuslupa kyselyn levittämiseen. Tämä selvisi vasta kyselyn julkaisun jälkeen, eikä tutkimus-

lupaa ennätetty näin hakea ajoissa. En tullut ajatelleeksi, että vapaaehtoiseen, ammattilaisille suunnattuun ja avoimen verkkopalvelun käyttöön liittyvään kyselyyn tarvittaisiin tutkimuslupaa. Vastaajien muiden taustatietojen hajonnan perusteella voidaan kuitenkin sanoa, että kyselyssä tavoitettiin kiitettävästi vastaajia joka ammattikunnasta, ikäryhmästä ja toimialalta. Täten otanta toimii hyvänä poikkileikkauksena Mielenterveystaloa käyttävien sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kokemuksiin. Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden voidaankin katsoa olevan hyvä, kun otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisvirheitä. (Vilka 2007, 149–152.)

Hyvin kriittistä tai negatiivista palautetta kyselyssä tuli varsin vähän. Tämä voi johtua siitä, ettei aluekoordinaattorien verkostoihin painottuvalla otannalla tavoitettu kriittisesti Mielenterveystalon käyttöön tai hyödynnettävyyteen suhtautuvia ammattilaisia, tai he eivät kyselyyn vastanneet. Sisällöllistä tekijöistä on mainittava se, että kyselyssä olisi voinut kartoittaa vielä sitä, miten kauan vastaaja oli käyttänyt työssään Mielenterveystaloa. Käyttökokemuksen pituus olisi ollut kiinnostava vertailutekijä palvelun käytettävyyttä ja hyödyllisyyttä ajatellen. Kyselystä saadussa käytettävyyden arvioissa tulee huomioida myös se, että kyseessä on ammattilaiskäyttäjän näkökulmasta koostettu arvio palvelun käytettävyydestä, eikä siinä ole huomioitu palvelun laajaa teknistä toiminnallisuutta ICT-näkökulmasta.

Kyselyn suorittamisen jälkeen Mielenterveystalon sisältö on muuttunut, laajentunut ja muokkaantunut, joten kysely ei ole toistettavissa samansisältöisenä uudelleen. Kyselyn tuottama tieto on suurelta osin kuvailevaa ja kokemuksellista, joten saadut tulokset ovat sidonnaisia palvelun käyttäjien yksilöllisiin kokemuksiin.

### 8.3 Eettisyys

Vilkan (2015, 41–42) mukaan tutkimuseettikka tulee huomioida koko tutkimusprosessin ajan - aina ideointivaiheesta tutkimustuloksien käsittelyyn ja tuloksista tiedottamiseen. Tässä työssä on pyritty kaikin tavoin noudattamaan rehellisyyttä, tarkkuutta ja avoimuutta sekä työn toteutuksen että

raportoinnin osalta. Ohjenuorana on käytetty Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2015) hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia. Myös Vilka (2015, 42) painottaa hyvän tieteellisen käytännön mukaisten tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmien olevan eettisesti kestäviä. Eettinen toiminta pitää sisällään yhteisesti sovittujen sääntöjen noudattamisen kaikkien tutkimukseen liittyvien tahojen välillä.

Tässä työssä kerättiin täysi-ikäisten sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten kokemuksia aikuisten Mielenterveystalon sisällöstä ja käytöstä osana potilashoitotyötä. Vastaaminen perustui vapaaehtoisuuteen, eikä vastauksia yhdistetty yksittäiseen vastaajaan. Tämä on hyvän tieteellisen käytännön mukaista, mutta sen on myös todettu lisäävän vastaajien halua vastata todenmukaisesti ja rehellisesti (Ojasalo ym. 2009, 48). Kyselyä levitettiin anonyyminä linkkinä Mielenterveystalon aluekoordinaattorien omissa sähköpostiverkostoissa, joten kyselykutsun saaneiden ihmisten henkilöllisyys ei tullut koskaan tutkijan tietoon. Myöskään avoimen Facebook-linkin kautta tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut. Toisaalta verkossa toteutettavissa tutkimuksissa voi olla ongelmana se, ettei tutkija pysty varmistumaan vastaajan identiteetistä (Kananen 2014, 14.) Myöskään vastaajan tietämystä aiheesta ei voitu varmuudella todentaa.

Aineiston käsittelyssä tehtiin myös eettisyyteen perustuvia linjauksia. Koska muutamissa vastaajaryhmissä oli esimerkiksi iän, ammatin ja työskentelyalueen osalta vain muutamia vastaajia, ei vastaajien taustatiedoista tehty yksityiskohtaisia ristiintaulukointeja vastaajien yksityisyydensuojan säilyttämiseksi.

Mielenterveystalon Nettiterapiat rajattiin hankkeen ulkopuolelle toimeksiantajan ohjeesta, sillä nettiterapioista oli tehtävissä vain väitöskirjatasoista tutkimusta. Tästä sovittiin jo suunnitelmavaiheessa, eikä osion poisjättäminen aiheuttanut ongelmia portaalin hyödyntämisen kokonaiskuvan hahmottamiseksi, koska kyseessä on portaalin muusta toiminnasta irrallinen prosessi. Nuorten Mielenterveystalon poisrajaaminen perustuu siihen, että portaalin tämä osio on sisällöltään erilainen ja rajatumman sektorin käytössä, joten aikuisten ja nuorten portaalia ei ollut kannattavaa yhdistää



samaan hankkeeseen. Erillisenä hankkeena Nuorten Mielenterveystalon käyttöön ja hyödynnettävyyteen paneutuminen voisi kuitenkin tarjota selkeän kehittämishankeaiheen.

#### 8.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämishankkeet

Tässä työssä on tarkasteltu tieto- ja viestintätekniiikan mahdollisuuksia ja soveltuvuutta terveydenhuollon työhön. Hankkeessa on nostettu esiin ammattilaisten toiveita Mielenterveystalon käyttöön ja sisältöön liittyen, sekä konkreettisia kehittämissuhteita ammattilaisten palvelunkäytön helpottamiseksi ja lisäämiseksi. Mielenterveystalolle on voitu tuottaa kiinnostavaa tietoa siitä miten ammattilaiset hyödyntävät palvelua. Samalla on voitu todentaa palvelun käyttöä ja siitä aiheutuvaa hyötyä. Työssä kerättyä tutkimus- ja kehittämistietoa voidaan hyödyntää portaalin toiminnan arvioinnissa sekä ammattilaisten tietopankin kehittämisessä. Osaltaan se voi auttaa myös tuomaan esiin Mielenterveystalon brändiä. Kehittämissuhteet on viety Mielenterveystalolle tiedoksi ja niiden tuomien näkökulmien hyödyntäminen jää organisaatiolle.

Sähköiseen palvelumaailmaan perehtyminen on ollut antoisaa ja tuonut uuden näkökulman digitalisaatioon, terveystalujen järjestämiseen ja tulevaisuuden hoitotyön tekemiseen. Psykiatrinen hoito ja päihde- ja mielenterveyspalvelut on mielletty perinteisesti hyvin hoitosuhdepainotteiseksi ja kasvokkain tapahtuvaksi palvelualaksi, johon voi olla lähtökohtaisesti vaikeaa liittää ajatusta palvelujen sähköistämisestä. Alan konkreettista päivittäistä työtä tarkasteltaessa on kuitenkin selvää, että sähköisille toimintoille on selkeästi sekä tarvetta että tilaus.

Palveluja suunniteltaessa ja sovellettaessa on ehdottoman tärkeää pohtia sitä soveltuvatko sähköiset palvelut potilaan käyttöön (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2015). Kaikkea vuorovaikutusta ei voi, eikä pidäkään viedä verkkoon. Sähköisten palvelujen käyttö ei ole itseisarvo, vaan keino tavoitteiden saavuttamiseen (ks. von Fieandt 2005a, 60; Hyysalo 2009, 52; Paukkula 2009, 18). Jos palvelujen osittaisella sähköistämällä voidaan tehostaa resursseja (ks. Vesterinen 2011, 33; Ramtohl 2015, 286) ja tar-

jota enemmän ja parempaa palvelua niille asiakasryhmille jotka kykenevät sitä hyödyntämään (ks. Lappalainen 2015, 83), kannattaa ideaan tarttua. Liiketoiminnallinen ajattelu on ollut perinteisesti herkkä aihe sosiaali- ja terveysalalla, koska keskittyminen kustannuksiin ja tuottavuuteen ei edusta alan potilaskeskeistä ajatusmallia. Alan kustannustekijät ja muut paineet huomioiden liiketoimintanäkökulman huomioiminen voi kuitenkin auttaa pitämään laadukkaan terveydenhuollon kaikkien ulottuvilla. (van Limburg ym. 2011.)

Barakat ym. (2013) toteavat, että vaikka sähköisen terveystaluteknologian hyötyjä on tutkittu ja dokumentoitu, on niiden pitkän aikavälin vaikutuksista tehty varsin vähän laajamittaista arviointitutkimusta. Tämä onkin tarpeellinen tutkimusnäkökulma tulevaisuuteen. Mielenterveystalon ammattilaiskäyttöä voisi kartoittaa myös laajemmalla otannalla selvittäen esimerkiksi kuinka suuri joukko alan ammattilaisista käyttää palvelua aktiivisesti. Lisäksi voisi kartoittaa minkälaisia käyttöä estäviä tekijöitä ammattilaiset mahdollisesti kokevat, sillä tässä työssä ei selvitetty käyttöä rajoittavia tekijöitä tai negatiivisia asenteita kuin pintapuolisesti. Verkkopalvelun omaksumiseen liittyviä tekijöitä voisi kartoittaa esimerkiksi innovaatioiden diffuusioteorian (Rogers 2003, 11) kautta. Kansalaisen näkökulmasta toteutettu käyttäjätutkimus toisi myös varmasti kiinnostavaa informaatiota verkkopalvelun hyödyntämisestä.

Tämän hankkeen avulla on voitu nostaa tietoisuuteen Mielenterveystalon sähköisten palvelujen hyötyä ammattilaisille. Tämänkaltaisen alan työtapojen ja työn tekemisen muotojen esiin tuominen on myös yksi tapa nostaa yleiseen keskusteluun se, missä määrin digitalisaatio näkyy käytännön työssä. Esimerkiksi Barakatin ym. (2013) mukaan koettu hyöty ja tehokkuus antavat viitteitä siitä, että ammattilaiset olisivat valmiita omaksumaan sähköisen palvelun käytön toimintaprosesseissa. Verkkosivusto voikin toimia ammattilaisille aitona työvälineenä, ei vain tiedonetsintäkanavana tai materiaalin tulostuspankkina.

## LÄHTEET

Ailasmaa, R. 2015. Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. Terveysterveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 8/2015. [viitattu 26.9.2015] Saatavissa:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125860/Tr08\\_15\\_kokonaisraportti%20fisven.pdf?sequence=4](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125860/Tr08_15_kokonaisraportti%20fisven.pdf?sequence=4)

Ala-Soini, T., Lyly-Yrjänäinen, M., Ramstad, E. & Heikkilä, A. 2014. Innovatiivisuus Suomen työpaikoilla. Menestys versoo työelämää uudistamalla. Tekesin katsaus 311/2014. [viitattu 19.9.2015] Saatavissa:

[http://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/innovatiivisuus\\_suomen\\_tyopaikoilla.pdf](http://www.tekes.fi/globalassets/julkaisut/innovatiivisuus_suomen_tyopaikoilla.pdf)

Alasoini, T. 2008. Työelämän kehittäminen osana laaja-alaista innovaatio-toimintaa ja -politiikkaa: parempaa työn tuottavuutta ja työelämän laatua. Työpoliittinen Aikakauskirja 2/2008. [viitattu 12.12.2015] Saatavissa:

<http://www.tem.fi/files/19769/alasoini.pdf>

Alasoini, T. 2014. Työn organisoinnin muutostrendit: teknis-taloudellinen ja sosio-kulttuurinen näkökulma. TEM/Työn tulevaisuus -seminaari 5.5.2014 Tekes. [viitattu 12.12.2015] Saatavissa:

[http://www.tem.fi/files/39596/Alasoini\\_Tuomo\\_-\\_Tyon\\_tulevaisuus\\_artikkeli\\_140505.pdf](http://www.tem.fi/files/39596/Alasoini_Tuomo_-_Tyon_tulevaisuus_artikkeli_140505.pdf)

Alasoini, T. 2015. Digitalisaatio muuttaa työtä – millaista työelämää uudistavaa innovaatiopolitiikkaa tarvitaan? Työpoliittinen Aikakauskirja 2/2015. [viitattu 12.12.2015] Saatavissa: <https://www.tem.fi/files/43130/alasoini.pdf>

Barakat, A., Woolrych, R., Sixsmith, A., Kearns, W. & Kort, H. 2013.

eHealth Technology Competencies for Health Professionals Working in Home Care to Support Older Adults to Age in Place: Outcomes of a Two-Day Collaborative Workshop. Med 2 0. 2013 vol.2, e10 [viitattu 10.8.2015] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4084768/>

Castren, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvontapalvelu osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Akateeminen väitöskirja. Tampe-

reen yliopisto, lääketieteen laitos. Tampere: Acta Universitatis Tamperensis 1367.

Drake, M. 2009. Terveysviestinnän kipupisteitä. Terveystiedon tuottajat ja hankkijat Internetissä. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto, humanistinen tiedekunta [viitattu 14.2.2015]. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/22373/9789513937140.pdf?sequence>

Euroopan komissio. 2010. Komission tiedonanto. Eurooppa 2020. Älykkään, kestävän ja osallistavan kasvun strategia. Bryssel 3.3.2010 [viitattu 8.7.2014]. Saatavissa: [http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1\\_FI\\_ACT\\_part1\\_v1.pdf](http://ec.europa.eu/eu2020/pdf/1_FI_ACT_part1_v1.pdf)

Euroopan komissio. 2012. Komission tiedonanto Euroopan parlamentille, neuvostolle, Euroopan talous- ja sosiaalikomitealle ja alueiden komitealle. Sähköisen terveydenhuollon toimintasuunnitelma 2012–2020 – innovatiivista terveydenhuoltoa 21. vuosisadalle. Bryssel 6.12.2012 [viitattu 8.7.2014]. Saatavissa: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FI/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012DC0736&from=EN>

Euroopan komissio. 2014. EU:n toimet. Sähköiset terveydenhuoltopalvelut. Euroopan komissio [viitattu 6.1.2014]. Saatavissa: [http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/health/ehealth/policy/index_fi.htm)

Eysenbach, G. 2001. What is e-health? Journal of Medical Internet Research 2001, 3(2) [viitattu 21.7.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1761894/>

von Fieandt, N. 2005a. Johtopäätökset ja toimenpiteet. Teoksessa Sinerovo, L. & von Fieandt, N. (toim.) 2005. Tietotekniikka sosiaali- ja terveysalan osaamisen kehittämisessä. Aiheita 5/2005. Helsinki: Stakes.

von Fieandt, N. 2005b. Henkilöstön tietotekninen osaaminen ja koulutus-tarve terveydenhuollossa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopion Yliopisto. Terveystieteiden- ja talouden laitos.

- Glasgow, R., Phillips, S. & Sanchez, M. 2013. Implementation science approaches for integrating eHealth research into practice and policy. *International Journal of Medicine Informatics* 83( 7), s. e1-e11 [viitattu 24.5.2015] Saatavissa *International Journal of Medicine Informatics* tietokannasta: <http://www.ijmijournal.com/>
- Hankonen, R. 2015. Vuonna 2030. *Tehy-lehti* 12/2015, s. 14–19.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva Kehittäminen*. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Heikkilä, T. 2008. *Tilastollinen tutkimus*. Helsinki: Edita.
- Hintikka, K. & Rongas, A. 2010. E-oppimisen uusia liiketoimintamalleja. ELMA-esiselvitys 2010 [viitattu 18.8.2015] Saatavissa: [http://www.eoppimiskeskus.fi/images/stories/dokumentit/elma\\_nettiin\\_1.pdf](http://www.eoppimiskeskus.fi/images/stories/dokumentit/elma_nettiin_1.pdf)
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013, *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, R. & Paasivaara, L. 2010. Terveystieteiden ammattilaisen työ ja sähköiset palvelujärjestelmät. *Hallinnon tutkimus* 1/2010, (29) s. 20–40.
- Humala, I. 2007. *Johda verkossa. Virtuaalijohtamisen monet ulottuvuudet*. Juva: WS Bookwell Oy.
- HUS. 2013. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin www-sivut. [www.hus.fi](http://www.hus.fi). [viitattu 30.12.2013] Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/uutishuone/Sivut/HUSssa-kehitetyt-mielenterveystalo--nettipalvelulaajentuvat-seitsem%C3%A4n-uuden-sairaanhoitopiirin-alueelle.aspx>
- HUS. 2015a. Historia. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/historia/Sivut/default.aspx>
- HUS. 2015b. HUS-tietoa. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/Sivut/default.aspx>

HUS. 2015c. HYKS-sairaanhoitoalue. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa: <http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/Sivut/default.aspx>

HUS. 2015d. HYKS Psykiatria. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa: [http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS\\_Psykiatria/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS_Psykiatria/Sivut/default.aspx)

HUS. 2015e. Tervetuloa hyvään hoitoon HYKS Psykiatriaan. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri [viitattu 16.11.2015]. Saatavissa: [http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS\\_Psykiatria/tervetuloa\\_hyvaan\\_hoitoon/Sivut/default.aspx](http://www.hus.fi/hus-tietoa/sairaanhoitoalueet/hyks/HYKS_Psykiatria/tervetuloa_hyvaan_hoitoon/Sivut/default.aspx)

Hyppönen, H., Iivari, A. & Ahopelto, M. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköisen asiointin hankkeet Suomessa 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 31/2011. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 33/2014. Tampere: Suomen Yliopistopaino [viitattu 2.8.2015]. Saatavissa: [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN\\_ISBN\\_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1#page=1&zoom=auto,360,35](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN_ISBN_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1#page=1&zoom=auto,360,35)

Hyvärinen, J. 2011. Innovaatiotoiminta. Näkemyksiä hyvinvointialaan ja työelämän kehittämiseen. Elinkeinoelämän tutkimuslaitos. Keskusteluaiheita 31.8.2011. No 1256 [viitattu 1.11.2014]. Saatavissa: <http://www.etla.fi/wp-content/uploads/2012/09/dp1256.pdf>

Hyysalo, S. 2009. Käyttäjä tuotekehityksessä. Tieto, tutkimus, menetelmät. Helsinki: Taide-teollisen korkeakoulun julkaisu B 97 [viitattu 16.1.2015]. Saatavissa: <https://aaltodoc.aalto.fi/bitstream/handle/123456789/11826/isbn9789515583017.pdf?sequence=1>

Hänninen, E., Koivunen, M. & Paaso, P. 2001. Hyvinvointia tietoteknologiahankkeilla. Hyviksi arvioitujen toimintamallien ja teknisten ratkaisujen käyttöönotto ja juurrutus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu- ja 1236–2050; 2001:11 [viitattu 7.12.2015]. Saatavissa:

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113923/Julka200111.pdf?sequence=1>

Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja kvalifikaatioista vuonna 2010. Väitöskirja. Terveystieteiden ja – talouden laitos. Kuopion Yliopisto. Kuopion Yliopiston julkaisuja E.

Jippes, R., Achterkamp, M., Brand, P., Kieweit, D. Pols, J. & van Engelen, J. 2010. Disseminating educational innovations in health care practice: Training versus social networks. *Social Science & Medicine* 70 (2010) p. 1509–1517 [viitattu 16.10.2015]. Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S027795361000081X>

Jippes, R., Achterkamp, M., Pols, J., Brand, P. & van Engelen, J. 2013. Diffusing (let it happen) or disseminating (make it happen) innovations in health care. *Journal of Engineering and Technology Management* 30 (2013) p. 246–263 [viitattu 16.10.2015] Saatavissa:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0923474813000349>

Joutsenniemi, K., Stenberg, J., Reiman-Möttönen, P., Räsänen, P., Isojärvi, J. & Sihvo, S. 2011. Masennuspotilaiden kognitiiviset verkkoterapiat. *Lääkärilehti* [viitattu 20.12.2013]. Saatavissa:

[http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL\\_2011\\_MasennuspotilaidenKognitiivisetVerkkoterapiat.pdf](http://www.thl.fi/attachments/halo/SLL_2011_MasennuspotilaidenKognitiivisetVerkkoterapiat.pdf)

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kananen, J. 2014. Verkkotutkimus opinnäytetyönä: laadullisen ja määrällisen verkkotutkimuksen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 187. Jyväskylä: Suomen Yliopistopaino Oy.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kiiski Kataja, E. 2016. Megatrendit 2016. Tulevaisuus tapahtuu nyt. Sitran julkaisut [viitattu 28.1.2016]. Saatavissa:

[https://www.sitra.fi/julkaisut/Muut/Megatrendit\\_2016.pdf](https://www.sitra.fi/julkaisut/Muut/Megatrendit_2016.pdf)

Kinnunen, J. & Nykänen, P. 1999. Terveystieteiden tietotekniikan arviointi. Teoksessa Saranto, k. & Korpela, M. (toim.) Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Helsinki: WSOY.

Kivelä, M. 2011. Kansalaisille suunnattujen sähköisten palveluiden edellyttämä osaaminen terveysalalla. Kandidaatin työ. Jyväskylän yliopisto tietojenkäsittelyn laitos.

Kohvakka, R. 2014. Suomalaiset ovat Euroopan kärkeä sähköisessä asiainnissa. Tilastokeskus [viitattu 25.7.2015]. Saatavissa:

[http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art\\_2014-09-29\\_007.html?s=0](http://www.stat.fi/artikkelit/2014/art_2014-09-29_007.html?s=0)

Lappalainen, R. 08/2013. Verkkohoidot tutkitusti tehokkaita masennuksen hoidossa. Jyväskylän Yliopisto [viitattu 13.12.2013]. Saatavissa:

<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2013/08/tiedote-2013-08-06-14-18-15-162129>

Lappalainen, P. 2015. Act, Accept and Be Mindful. Evaluation of Three Technology and Internet-delivered Psychological Interventions for Mood and Well-being. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä studies in education, psychology and social research 538 (viitattu 26.1.2015). Saatavissa: [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/47693/978-951-39-6358-3\\_vaitos21112015%20.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/47693/978-951-39-6358-3_vaitos21112015%20.pdf?sequence=1)



Leskinen, S. 2008. Terveydenhuollon organisaatioiden verkkopalvelujen kehittäminen. Pro Gradu-tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja – talouden laitos.

van Limburg, M., van Gemert-Pijnen, J., Nijland, N., Ossebaard, H., Hendrix, R., & Seydel, E. 2011. Why Business Modeling is Crucial in the Development of eHealth Technologies. J Med Internet Research 13 (4): e124 [viitattu 28.1.2016]. Saatavissa:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3278110/?report=printable>

Lääketieteen sanastolautakunta. 2015. Terveys ei ole sähköistä eikä mobiilia. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015, 131(13), s. 1318.

Terveysportti [viitattu 9.8.2015]. Saatavissa:

<http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12326.pdf>

Sähköisten palvelujen kehittäminen: toimintamalli ja käsikirja. 2013. Toim. Messman, V. & Wilner, H. VIDICO – Osaaminen näkyväksi digitaalisilla sisällöillä (Visible Digital Competence) A31003. Hämeenlinna: Innopark Programmes [viitattu 11.8.2015]. Saatavissa:

[http://www.innopark.fi/attachments/uudet\\_hankeaineistot/vidico\\_sahkoisten\\_palvelujen\\_kehittaminen\\_-\\_toimintamalli\\_ja\\_kasikirja.pdf](http://www.innopark.fi/attachments/uudet_hankeaineistot/vidico_sahkoisten_palvelujen_kehittaminen_-_toimintamalli_ja_kasikirja.pdf)

Mielenterveystalo 2016. Yhteystiedot. Mielenterveystalo [viitattu 20.1.2016] Saatavissa:

[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietoa%20palvelusta/Pages/Anna\\_palautetta.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Tietoa%20palvelusta/Pages/Anna_palautetta.aspx)

Mielenterveystalo 2015a. Tervetuloa aikuisten Mielenterveystaloon! Mielenterveystalo [viitattu 20.12.2015] Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo 2015b. Mielenterveystalo.fi. Mielenterveystalo [viitattu 20.12.2015] Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalo 2015c. Yhteistyössä mukana. Mielenterveystalo [viitattu 20.12.2015] Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/tietoa%20palvelusta/Pages/Yhteisty%C3%B6ss%C3%A4-mukana.aspx>

Mielenterveystalo 2015d. Hae neuvoja ja apuja. Mielenterveystalo [viitattu 20.12.2015] Saatavissa:

[https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/hae\\_neuvoja\\_ja\\_apua/Pages/default.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/hae_neuvoja_ja_apua/Pages/default.aspx)

Mielenterveystalo 2015e. Nettiterapiat. Mielenterveystalo [viitattu 20.12.2015] Saatavissa:

<https://www.mielenterveystalo.fi/nettiterapiat/Pages/default.aspx>

Mielenterveystalon esittely. 2014. Mielenterveystalon yleisesittely. Satukunnan sairaanhoitopiiri [viitattu 3.8.2015]. Saatavissa:

[http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/Documents/Mielenterveystalon%20yleisesittely\\_20140922.pdf](http://www.satshp.fi/tutkijoille/tutkimus-ja-kehittamistoiminta/kaynnissa-olevat-hankkeet/Documents/Mielenterveystalon%20yleisesittely_20140922.pdf)

Mutka, A. 2010. Sähköinen asiointi vastaanottotyössä. Avosairaanhoidon vastaanotto toiminnan sairaan- ja terveydenhoitajien näkemyksiä. Opinnäytetyö YAMK. Savonia-Ammattikorkeakoulu. Terveysala; Hyvinvointiteknologia.

Mäkinen, R. & Jousimaa, J. Sähköisesti vai kasvokkain? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015, 131(13) s.1279–1284 [viitattu 10.8.2015]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12335.pdf>

Mäkitalo, R., Hautala, U., Narikka, J. & Tuukkanen, J. 2010. Hyvinvointia kestävästi. Valtiovarainministeriö [viitattu 9.5.2014]. Saatavissa: [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/08\\_muut\\_julkaisut/20110112Hyvinv/Hyvinvointia\\_kestaevaesti.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/08_muut_julkaisut/20110112Hyvinv/Hyvinvointia_kestaevaesti.pdf)

Nielsen, J. 1993. Usability engineering. Boston (MA) : AP Professional.

Oh, H., Rizo, C., Enkin, M. & Jadad, A. 2005. What is eHealth (3): A Systematic Review of Published Definitions. Journal of Medical Internet Re-

search 2005, volume 7(1) [viitattu 24.7.2015]. Saatavissa:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1550636/#ref2>

Ojasalo, K., Moilanen, T. & Ritalahti, J. 2009. Kehittämistyön menetelmät. Uudenaista osaamista liiketoimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy.

Paakki, M., Pennanen, K. & Tiainen, T. 2004. Tutkimuksen teoreettinen tausta. s. 11–24. Teoksessa: Tiainen, T., Luomala, H., Kurki, S. & Mäkelä, K. (toim.) 2004. Luottamus sähköisissä palveluissa. Kuluttajan ja palvelun tarjoajan vuorovaikutus. Raportti B-2004–11. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Paukkula, M. 2009. Terveydenhuollon ePalvelut ja itsenäinen asiointi. Loppuraportti 20.9.2009 [viitattu 1.11.2014]. Saatavissa:  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=762393&name=DLFE-10318.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=762393&name=DLFE-10318.pdf)

Procter, P. & Woodburn, I. 2012. Encouraging nurses to develop effective electronic documentation. *Nursing Management*. 10/2012. Volume 19, number 6, s. 22–25 [viitattu 12.8.2015]. Saatavissa:  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23252088>

Rahikka, A. 2013. Dialogi auttavissa verkkopalveluissa. Sosiaali- ja terveysjärjestöjen ammattilaisten kertomuksia kommunikaatiosta. Väitöskirja. Helsingin Yliopisto: Sosiaalitieteiden laitoksen julkaisuja 2013:16.

Rainio, J. & Rätty, T. 2015. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti 2/2015 [viitattu 25.9.2015]. Saatavissa:  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02\\_15\\_fi\\_sv\\_en.pdf?sequence=8](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125570/Tr02_15_fi_sv_en.pdf?sequence=8)

Ramtohul, I. 2015. The adoption of e-health services: Comprehensive analysis of the adoption setting from the user`s perspective. *Health Policy and Technology* (2015) 4, p. 286–293 [viitattu 16.10.2015] Saatavissa:  
<http://www.healthpolicyandtechnology.org/article/S2211-8837%2815%2900044-1/abstract>

Reponen, J. 2015. Terveydenhuollon sähköiset palvelut murroksessa. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015, 131(13) s. 1275–1276. Duodecim [viitattu 9.8.2015] Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12323.pdf>

Reponen, J., Kangas, M., Hämäläinen, P. & Keränen, N. 2015. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2014. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 12/2015. Oulun Yliopisto. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy.

Rogers, E. 2003. Diffusion of innovations. New York: Free Press.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 21/2009, s. 2351–2359 [viitattu 4.9.2015]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo98401.pdf>

Saarelma, O. 2015. Sähköiset välineet oman tilan arvioon ja hoitoon. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2015, 131(13), s. 1291–96. Duodecim [viitattu 9.8.2015]. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo12327.pdf>

Sihvo, P., Jauhiainen, A. & Ikonen, H. 2014. Terveydenhuollon ammattilaisten laajeneva osaaminen sähköisten terveystalvelujen kehittämisessä ja käytössä. Teoksessa: Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.). 2014. Sähköiset palvelut asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – Teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:33 [viitattu 25.2.2015]. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence=1>

Sinkkonen, I., Nuutila, E. & Törmä, S. 2009. Helppokäyttöisen verkkopalvelun suunnittelu. Helsinki: Tietosanoma Oy.

Sitra. 2007. Käsitteiden määriykset. SAINI-Palvelut. Kansalaisen terveydenhuoltoa tukeva sähköinen asiointi ja interaktiiviset verkkopalvelut. SAINI-ratkaisuehdotus. Liite: Käsitteiden määrittelyä [viitattu 8..2014]. Saa-

tavissa: [http://www.sitra.fi/NR/rdonlyres/FB67B2BD-F40A-4301-937F-CD35528534C9/1783/6\\_KASITTEIDEN\\_MAARITYKSIA.pdf](http://www.sitra.fi/NR/rdonlyres/FB67B2BD-F40A-4301-937F-CD35528534C9/1783/6_KASITTEIDEN_MAARITYKSIA.pdf)

Sosiaali- ja terveysalan palvelukokonaisuus. 2012. Hankesuunnitelma.

Versio 1. [www.thl.fi](http://www.thl.fi). [viitattu 22.12.2013] Saatavissa:

[http://www.thl.fi/attachments/Valtionavustukset/Hankesuunnitelma\\_versio\\_1\\_0.pdf](http://www.thl.fi/attachments/Valtionavustukset/Hankesuunnitelma_versio_1_0.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015. Toimeenpanosuunnitelma.

Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 26.12.2013]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-23137.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-23137.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma.

Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015.

Väliarviointi ja toteutumisen kannalta erityisesti tehostettavat toimet. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 6.1.2014]. Saatavissa:

[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-24926.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Tieto hyvinvoinnin ja uudistuvien palvelujen tukena. Sote-tieto hyötykäyttöön – strategia 2020. Sosiaali- ja terveysministeriö [viitattu 19.11.2015]. Saatavissa:

[https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN\\_ISBN\\_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125500/URN_ISBN_978-952-00-3548-8.pdf?sequence=1)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön linjaus terveydenhuollossa annettavista etäpalveluista. 28.10.2015. Kirje 357233 v.4. 3756/2015 [viitattu 18.11.2015]. Saatavissa:

[http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM\\_linjaus\\_terveydenhuollon\\_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360](http://stm.fi/documents/1271139/1408010/STM_linjaus_terveydenhuollon_et%C3%A4palvelut.pdf/866357e6-f167-4357-bb30-fca6ad790360)

Sundgren, S. 2013. Suosituksia terveyden edistämisen Internet-sivuston kehittämiseen Hyvis-portaaliin. Opinnäytetyö YAMK. Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Syrjäläinen, J. 2013. HUS Mielenterveystalo sähköisessä asiointissa. Power Point -esitys 11.9.2013 [viitattu 3.1.2013]. Saatavissa:

<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2013/kuntamarkkinat/soster/Documents/2013-09-11-10-Syrj%C3%A4%C3%A4inen-Juha.pdf>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL:n vuosittainen ennakointiraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 16.4.2014]. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/230514f2-fc31-4bbf-839d-df1173333d22>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. THL myönsi täydentävää valtionavustusta sähköisen asiointin kehittämiseen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 3.8.2015]. Saatavissa:

[https://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet-ja-uutiset/tiedote/-/asset\\_publisher/CzFyVvjxy7T/content/thl-myonsi-taydentavaa-valtionavustusta-sahkoisen-asiointin-kehittamiseen/10531](https://www.thl.fi/fi/ajankohtaista/tiedotteet-ja-uutiset/tiedote/-/asset_publisher/CzFyVvjxy7T/content/thl-myonsi-taydentavaa-valtionavustusta-sahkoisen-asiointin-kehittamiseen/10531)

Tilastokeskus. 2013. Yli neljännes 75–89-vuotiaista käyttää internetiä. Tilastokeskus [viitattu 24.7.2015] Saatavissa:

[http://www.stat.fi/til/sutivi/2013/sutivi\\_2013\\_2013-11-07\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/sutivi/2013/sutivi_2013_2013-11-07_tie_001_fi.html)

Tuomi, J. & Sarajärvi, S. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta TENK. 2015. Hyvä tieteellinen käytäntö. [Viitattu 2.3.2015]. Saatavissa: <http://www.tenk.fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto>.

Toikko, T. & Rantanen T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. 3. korjattu painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Toivanen, M. 2006. Sähköisten asiointipalveluiden kehittäminen kunnissa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhdyskuntatieteiden laitos.

Valtioneuvoston kanslia. 2015. Ratkaisujen Suomi. Pääministeri Juha Sipilän hallituksen strateginen ohjelma 29.5.2015. Hallituksen julkaisusarja 10/2015 [viitattu 5.10.2015]. Saatavissa:

[http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi\\_FI\\_YHDISTETTY\\_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82](http://valtioneuvosto.fi/documents/10184/1427398/Ratkaisujen+Suomi_FI_YHDISTETTY_netti.pdf/801f523e-5dfb-45a4-8b4b-5b5491d6cc82)

Valtiontalouden tarkastusvirasto. 2011. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisten IT-hankkeiden toteuttaminen. Valtiontalouden tarkastusviraston tuloksellisuustarkastuskertomukset 217/2011 [viitattu 13.7.2014]. Saatavissa: [http://www.vtv.fi/files/2435/217\\_2011\\_netti.PDF](http://www.vtv.fi/files/2435/217_2011_netti.PDF)

Valtiovarainministeriö. 2004. Verkkopalvelustrategian vaikuttavuus. Tutkimukset ja selvitykset 3/2004 [viitattu 6.7.2014]. Saatavissa: [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/04\\_hallinnon\\_kehittaminen/86601/86600\\_fi.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/86601/86600_fi.pdf)

Valtiovarainministeriö. 2008. Käyttäjälähtöisyys verkkopalveluiden suunnittelussa. Helsinki. Valtiovarainministeriö [viitattu 18.4.2014]. Saatavissa: [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/04\\_hallinnon\\_kehittaminen/20080129Kaeyttae/verkkopalveluiden\\_suunnittelu.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/04_hallinnon_kehittaminen/20080129Kaeyttae/verkkopalveluiden_suunnittelu.pdf)

Valtiovarainministeriö. 2012. Verkkopalvelujen laatukriteeristö - Väline julkisten verkkopalvelujen kehittämiseen ja arviointiin. Valtiovarainministeriön julkaisuja 4/2012. Valtiovarainministeriö [viitattu 15.4.2014]. Saatavissa: [http://www.vm.fi/vm/fi/04\\_julkaisut\\_ja\\_asiakirjat/01\\_julkaisut/076\\_ict/20120202Kriteeristo/verkkokriteerist.pdf](http://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/01_julkaisut/076_ict/20120202Kriteeristo/verkkokriteerist.pdf)

Vesterinen, M. 2011. Sosiaali- ja terveysalan tulevaisuuden ennakointi. Teoksessa Vesterinen, M. (toim.) SOTE-ennakointi - sosiaali- ja terveysalan sekä varhaiskasvatuksen tulevaisuuden ennakointi. Raportteja ja tutkimuksia 3. Etelä-karjalan koulutuskuntayhtymän julkaisuja [viitattu 8.7.2014]. Saatavissa: [http://www.oph.fi/download/133556\\_SOTE-ENNAKOINTI\\_loppuraportti.pdf](http://www.oph.fi/download/133556_SOTE-ENNAKOINTI_loppuraportti.pdf)

Viitanen, J. & Nieminen, M. 2009. Terveystieteiden tietojärjestelmien käytettävyys. Finnish Journal of eHealth and eWelfare. FinJeHeW 2009;1(3) s. 130–136.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vinkanharju, A., 2006. Terveysportaali terveyden- ja sairaanhoidon tukena. Pro Gradu tutkielma. Kuopion Yliopisto. Terveystalouden ja -hallinnon ja -talouden laitos.

Webropol. 2015. Webropol Oy:n www-sivut [viitattu 2.4.2015]. Saatavissa: <http://www.webropol.fi/yritys>.

White, A., Kavanagh, D., Stallman, H., Klein, B., Kay-Lambkin, F., Proudfoot, J., Drennan, J., Connor, J., Baker, A., Hines, E. & Young, R. 2010. Online Alcohol Interventions: A Systematic Review. Journal of Medical Internet Research 2010 12(5): e62 [viitattu 20.12.2015]. Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3057310/>

Winblad, I., Reponen, J. & Hämäläinen, P. 2012. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 3/2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos [viitattu 3.1.2014]. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80372/825d0af8-f97c-4192-bf5b-ba5e1bf773aa.pdf?sequence=1>

World Health Organization. 2015. eHealth. World Health Organization [viitattu 20.7.2015]. Saatavissa: <http://www.who.int/topics/ehealth/en/>

YSA. Yleinen suomalainen asiasanasto. 2015. [viitattu 6.8.2015]. Saatavissa: <https://finto.fi/ysa/fi/>



## LIITTEET

### LIITE 1. Verkkokysely

## KYSELY MIELENTERVEYSTALON AMMATTILAISKÄYTTÄJILLE

Tämä kysely koskee Mielenterveystalo-nettiportaalin käyttöä osana psykiatriasta hoitotyötä. Jos olet käyttänyt Mielenterveystaloa työssäsi esimerkiksi tiedonhakuun, palveluohjaukseen tai asiakkaan kanssa työskentelyyn, pyytäisin sinua vastaamaan oheiseen kyselyyn.

Mielipiteesi ja kokemuksesi ovat tärkeitä – riippumatta siitä, kuinka aktiivinen Mielenterveystalon käyttäjä olet.

Vastaaminen vie sinulta noin 15 minuuttia. Vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

### TAUSTATIEDOT

#### 1. Ikäni on\*

- 20–29 vuotta
- 30–39 vuotta
- 40–49 vuotta
- 50–59 vuotta
- yli 60 vuotta

#### 2. Sukupuoleni on\*

- Nainen
- Mies

#### 3. Koulutustaustani on\*

- Lääkäri
- Psykologi
- Sairaanhoidaja/Terveystenhoitaja
- Sosiaalityöntekijä/Sosionomi
- Lähihoitaja
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

#### 4. Työkokemukseni sosiaali- ja terveysalalta on\*

- alle 5 vuotta
- 5–9 vuotta
- 10–14 vuotta
- 15–19 vuotta
- 20–24 vuotta
- 25–29 vuotta
- 30–34 vuotta
- yli 35 vuotta

#### 5. Työskentelyalueeni on\*

- Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystoimisto
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri
- Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri
- Keski-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä
- Lapin sairaanhoitopiiri
- Pirkanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri
- Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri
- Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri
- Satakunnan sairaanhoitopiiri
- Vaasan sairaanhoitopiiri
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

#### 6. Toimialani on\*

- Perusterveydenhuolto
- Erikoissairaanhoito
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

**7. Työpaikkani on\***

- Avohoidon yksikkö
- Laitoshoidon yksikkö
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

**8. Valmiuteni käyttää tietotekniikkaa ovat\***

- Erittäin hyvät
- Hyvät
- Keskipertaiset
- Tyydyttävät
- Välttävät

PALVELUN KÄYTETTÄVYYDEN JA SISÄLLÖN ARVIOINTI

**9. Miten tutustuit Mielenterveystaloon? Voit valita useamman vaihtoehdon. \***

- Esite tai mainos
- Hakukoneen kautta (esim. Google)
- Sosiaalisen median kautta (esim. Facebook)
- Mielenterveystalon aluekoordinaattorin kautta
- Tuttavan suosittelemana
- Muuten, miten? \_\_\_\_\_

**10. Miten usein käytät työssäsi Mielenterveystaloa?\***

- Päivittäin
- Viikoittain
- Kuukausittain
- Harvemmin

**11. Mielenterveystalon käyttäminen on mielestäni\***

	Täysin sama mieltä	Jokseenkin sama mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
miellyttävää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
turvallista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nopeaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**12. Mielenterveystalosta löytyvä tieto on\***

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
luotettavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ajantasaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
kattavaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ryhmitelty loogisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
esitetty ymmärrettävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**13. Mielenterveystalon toiminnasta on helppo antaa palautetta\***

Kyllä, miksi? \_\_\_\_\_

Ei, miksi? \_\_\_\_\_

PALVELUN HYÖDYT JA KÄYTTÄJÄKOKEMUKSET OSANA POTILASTYÖTÄ

**14. Mihin tarkoitukseen käytät Mielenterveystaloa työssäsi? Voit valita useamman vaihtoehdon. \***

- Tiedonhaku
- Palveluhaku
- Palveluohjaus
- Psykoedukaatio
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_
- En osaa sanoa

**15. Käytän Mielenterveystaloa: Voit valita useamman vaihtoehdon.\***

- Työskentelyyn potilastapaamisen aikana
- Potilaan itsenäistä työskentelyä tukemaan tapaamiskertojen välillä
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_
- En osaa sanoa

**16. Kuinka hyödylliseksi olet kokenut seuraavat Mielenterveystalon osiot työssäsi?\***

	Erittäin hyödyllinen	Jokseenkin hyödyllinen	Ei kovin hyödyllinen	Ei lainkaan hyödyllinen	En osaa sanoa
Apua 24/7	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Paikka- ja palveluhaku	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oirenavigaatio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Itsehoito	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oppaat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tietopankki	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. Mitä seuraavista Mielenterveystalon työvälineistä olet käyttänyt potilashoitotyössä?**

**Valitse 1-5 eniten käyttämäsi vaihtoehtoa. \***

- Työkaluja mielen hyvinvointiin
- Irti ahminnasta
- Juomisen hallinta
- Selma - oma-apuohjelma traumaattisiin kriiseihin
- Tietoa psykoosista
- Tietoa peliriippuvuudesta
- BDI-21
- Audit-kysely
- Tietovisat
- Muu, mikä? \_\_\_\_\_

**18. Mielenterveystalon palveluiden käyttäminen potilaan kanssa\***

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En osaa sanoa
on helppoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
on luontevaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tehostaa potilaan hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nopeuttaa potilaan hoitoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tarjoaa lisää toimivia menetelmiä hoitotyöhön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**19. Tarjoaako Mielenterveystalon sisältö sinulle uusia työtapoja tai työmenetelmiä?\***

- Kyllä, mitä? \_\_\_\_\_
- Ei

**20. Korvaako Mielenterveystalon sisältö jotain aiemmin käyttämäsi työvälinettä**

**tai menetelmää?\***

- Kyllä, mitä ja miten? \_\_\_\_\_
- Ei

**21. Käytätkö Mielenterveystalon lisäksi jotain muuta verkkopalvelua säännöllisesti**

**potilastyössä?**

- Kyllä, mitä ja miksi? \_\_\_\_\_
- Ei

**22. Minkälaiset potilasryhmät hyötyvät mielestäsi Mielenterveystalon palveluista?**

---

---

---

PALVELUN KEHITTÄMISEHDOTUKSET

**23. Mikä saisi sinut käyttämään Mielenterveystaloa työssäsi enemmän?**

---

---

---

**24. Mitä muuta sisältöä kaipaisit Mielenterveystaloon?**

---

---

---

**25. Mitä muuta haluaisit sanoa?**

---

---

---

**26. Suositteisin Mielenterveystaloa työkaverilleni\***

Kyllä, miksi? \_\_\_\_\_

Ei, miksi? \_\_\_\_\_

**27. Suositteisin Mielenterveystaloa potilaalleni\***

Kyllä, miksi? \_\_\_\_\_

Ei, miksi? \_\_\_\_\_



## LIITE 2. Kyselyn saatekirje

Hei!

**Vastaisitko lyhyeen kyselyyn koskien Mielenterveystalo- nettiportaalin käyttöä osana psykiatrasta hoitotyötä?** Mielenterveystalo on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) tuottama verkkopalvelu, joka tarjoaa mielenterveyteen liittyvää sisältöä sekä asiakas-, että ammattilaiskäyttöön. Jos olet käyttänyt Mielenterveystaloa työssäsi esimerkiksi tiedonhakuun, palveluohjaukseen tai asiakkaan kanssa työskentelyyn, pyytäisin sinua vastaamaan oheiseen kyselyyn. **Mielipiteesi ja kokemuksesi ovat tärkeitä – riippumatta siitä, kuinka aktiivinen Mielenterveystalo-nettiportaalin käyttäjä olet.**

Vastaaminen vie sinulta noin 15 minuuttia. Vastaaminen tapahtuu anonyymisti.

**Kysely kuuluu YAMK -opinnäytetyöhöni Sosiaali- ja terveysalan kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelmassa.** Vastaamalla kyselyyn annat arvokasta tietoa, jolla Mielenterveystalon sähköisiä palveluita voidaan kehittää palvelemaan sinua entistä paremmin.

**Vastaathan 30.1.2015 mennessä.**

Pääset kyselyyn kopioimalla tämän linkin nettiselaimesi osoitekenttään <https://www.webpolsurveys.com/S/5A19EFB26C07AA6C.par>

**Kiitos vastauksistasi,**

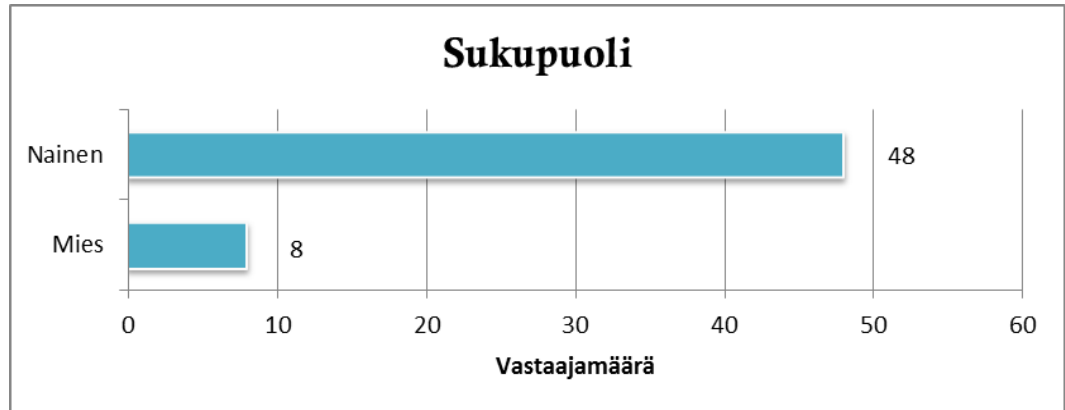
Hanne Ketonen

Lahden Ammattikorkeakoulu

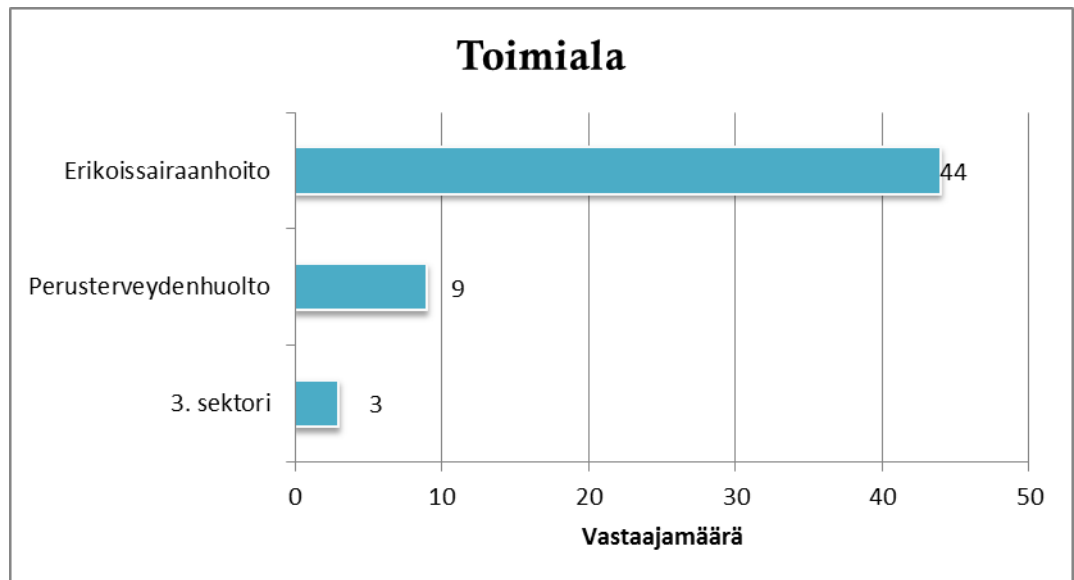
Sosiaali- ja terveysalan kehittäminen ja johtaminen YAMK

[hanne.ketonen2@student.lamk.fi](mailto:hanne.ketonen2@student.lamk.fi)

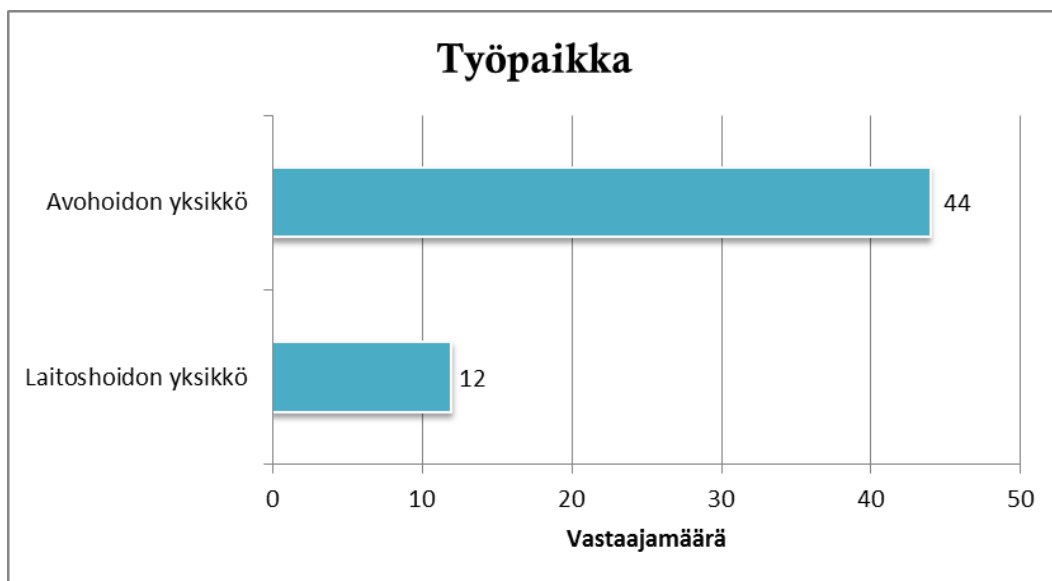
LIITE 3. Kyselyn kuviot



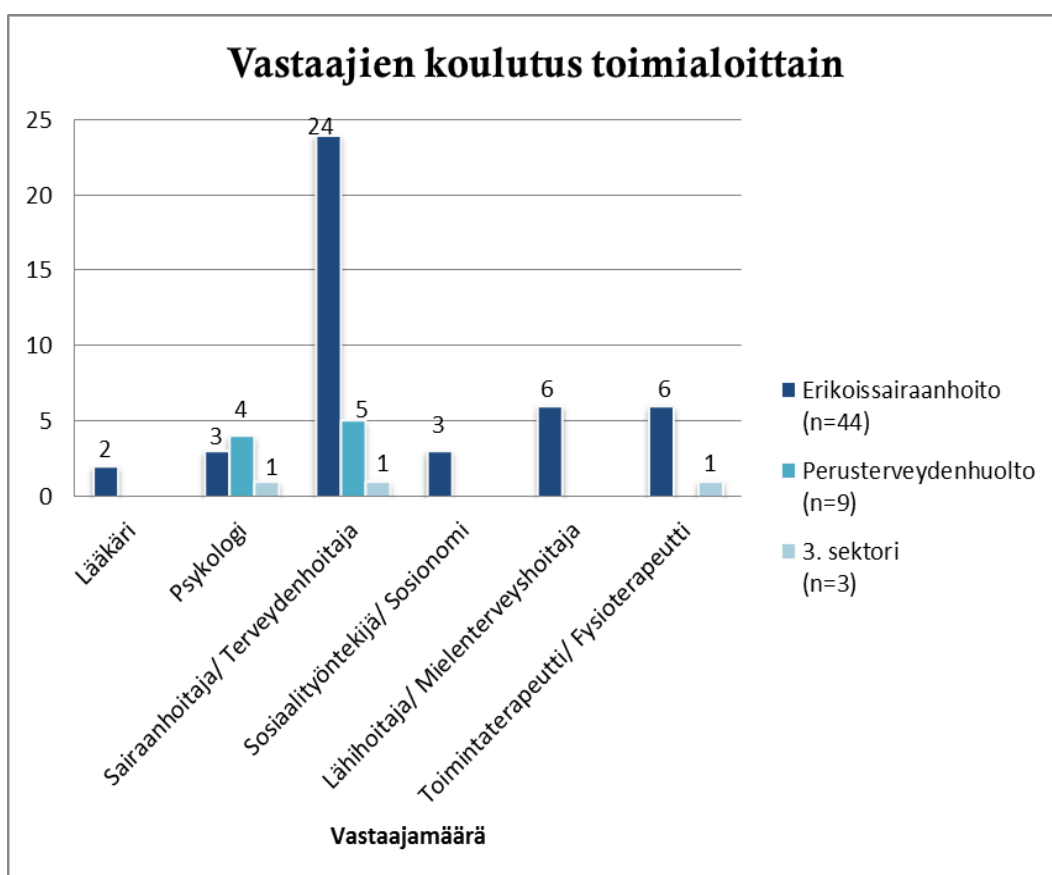
Kuvio 1. Vastaajien sukupuoli (n=56).



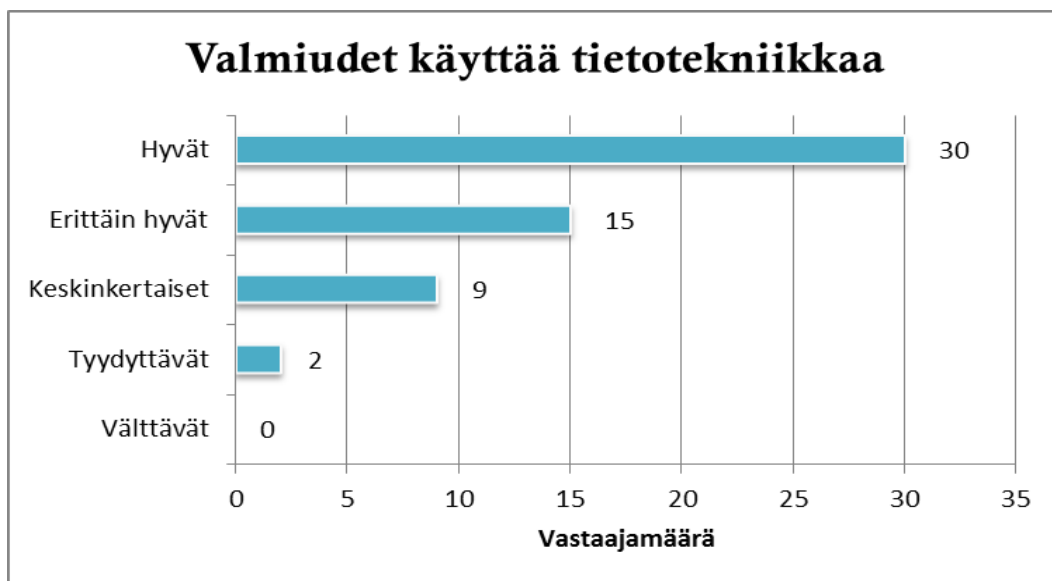
Kuvio 2. Vastaajien toimiala (n=56).



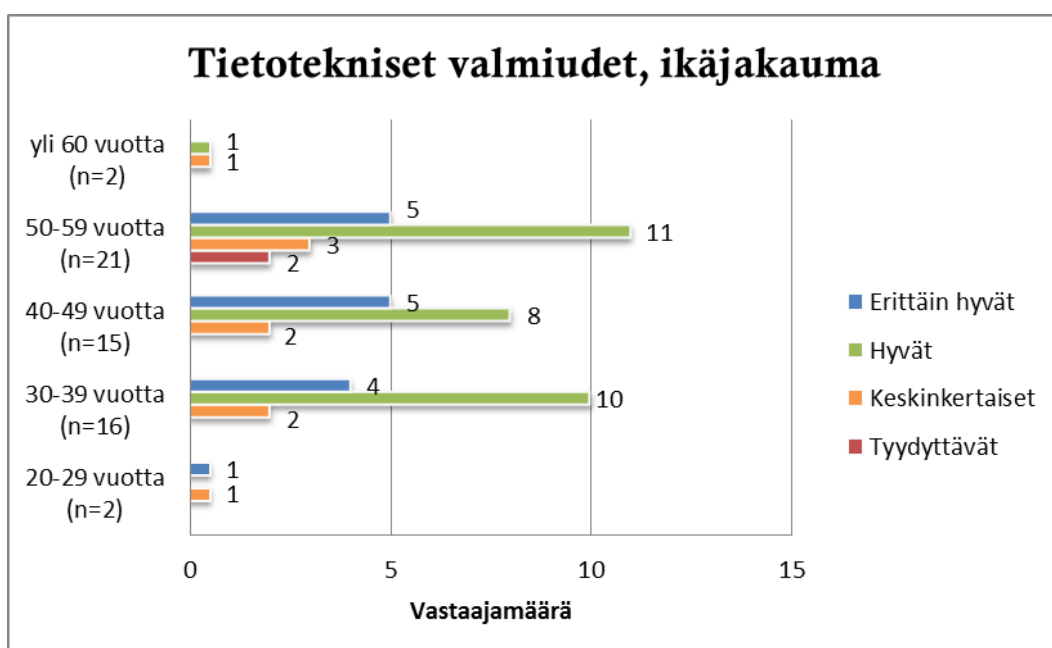
Kuvio 3. Vastaajien työpaikka (n=56).



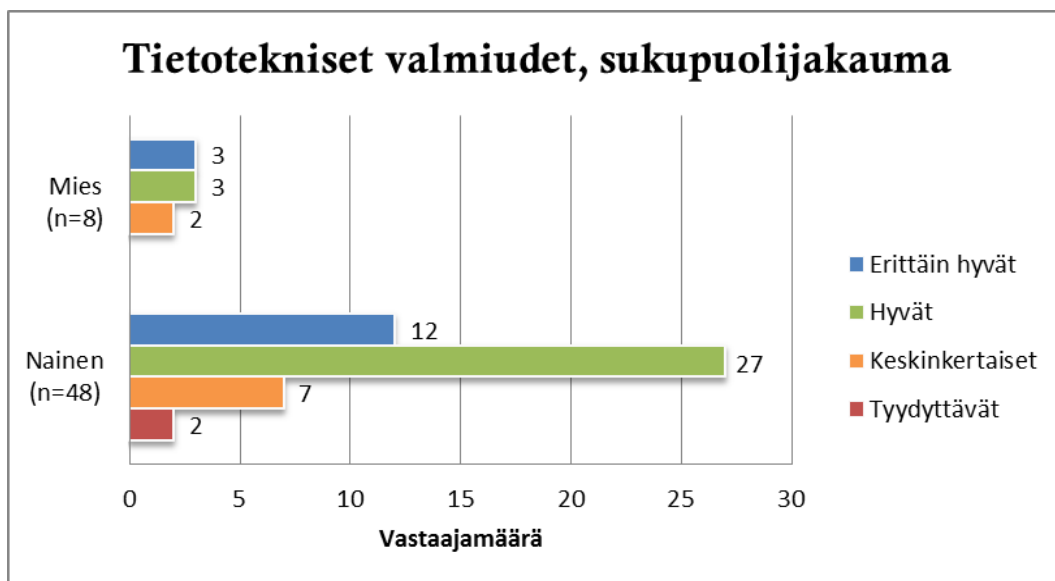
Kuvio 4. Vastaajien koulutus toimialoittain (n=56).



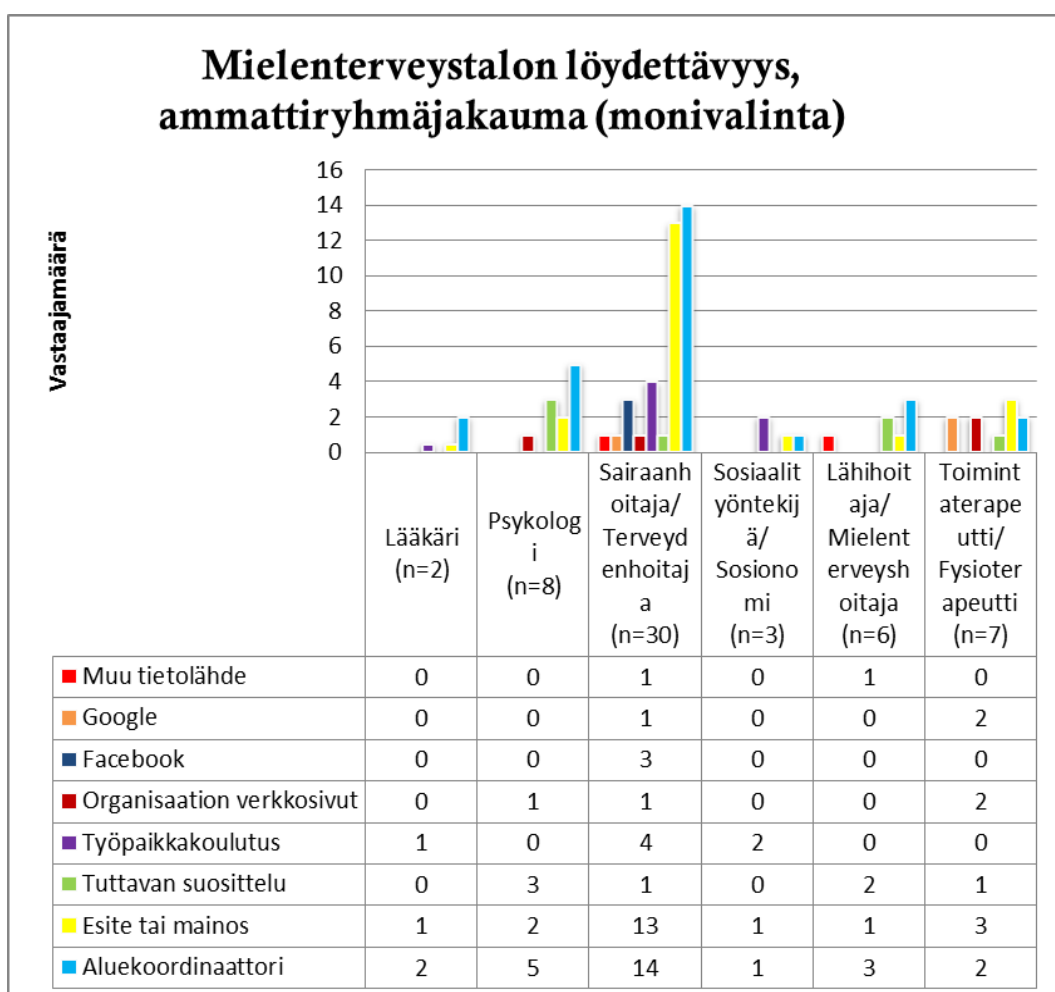
Kuvio 5. Vastaajien tietotekniset valmiudet (n=56).



Kuvio 6. Vastaajien tietotekniset valmiudet ikäluokittain (n=56).

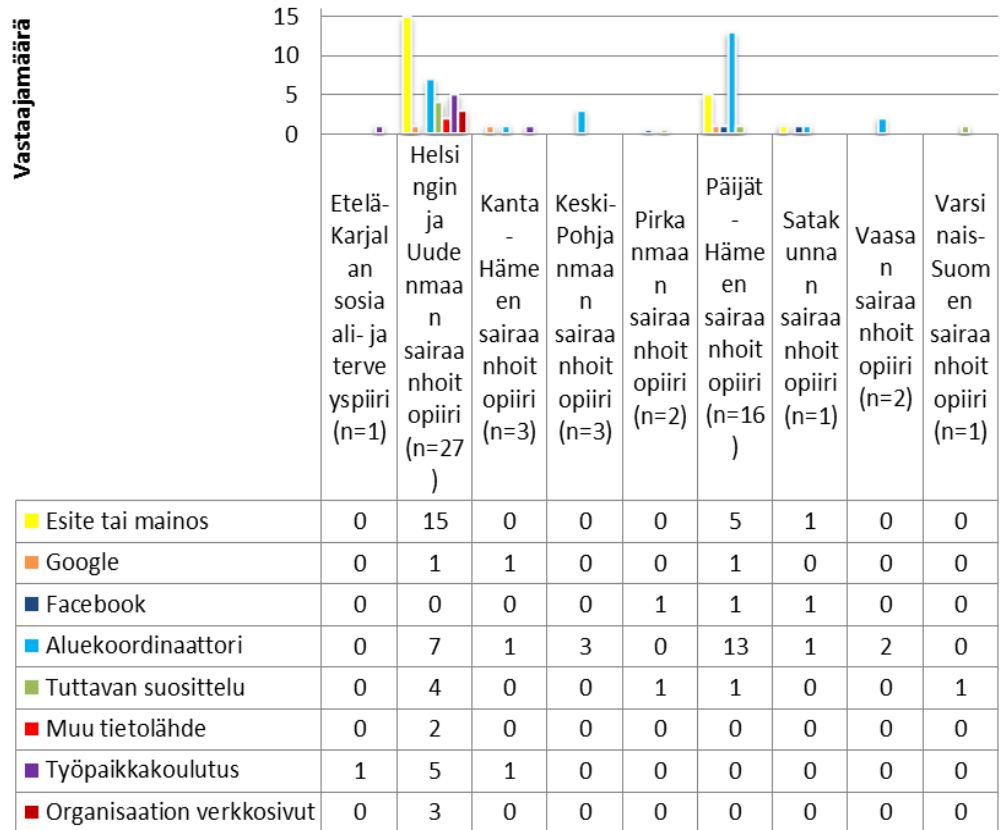


Kuvio 7. Vastaajien tietotekniset valmiudet sukupuolen mukaan (n=56).

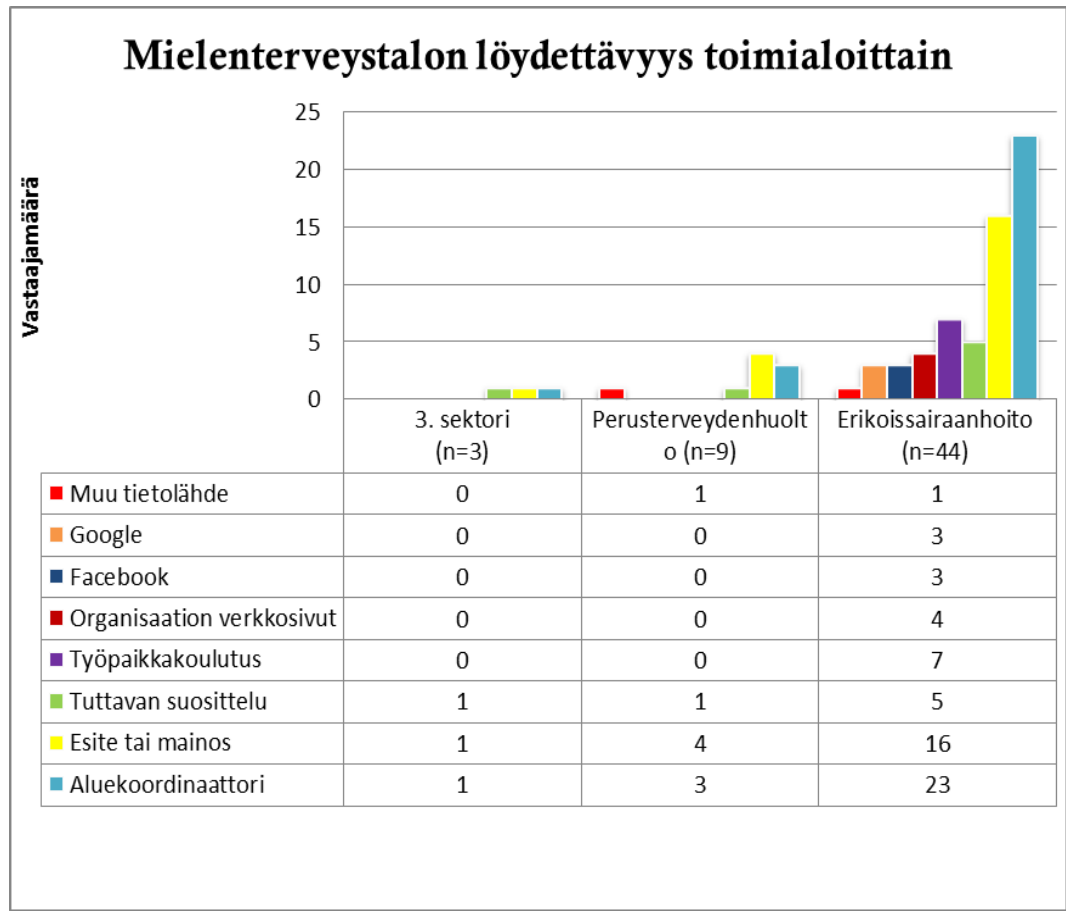


Kuvio 8. Mielen terveystalon löydettävyys ammattiryhmittäin (n=56).

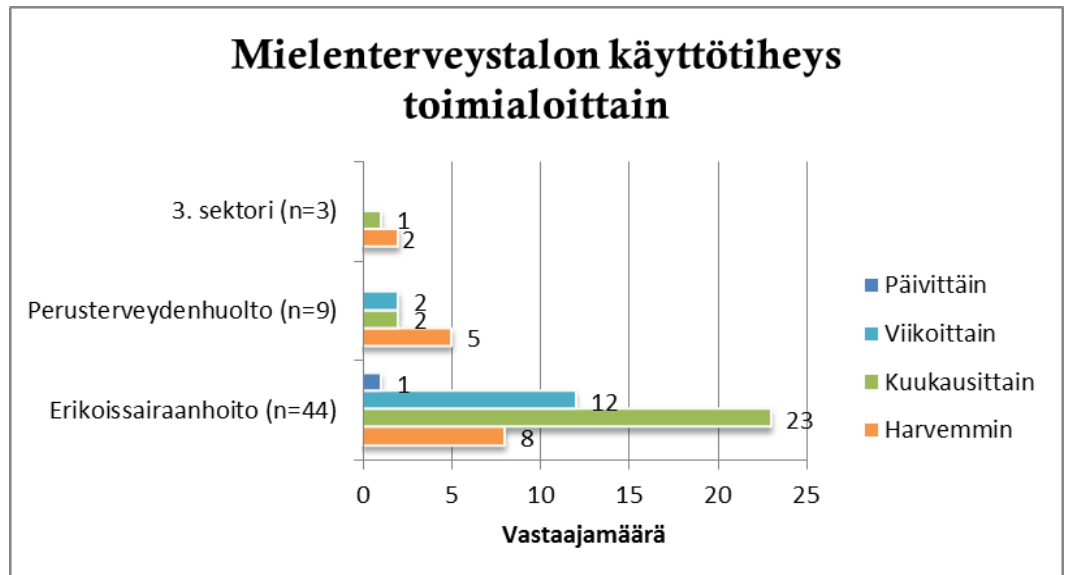
## Mielenterveystalon löydettävyys, alueellinen jakauma (monivalinta)



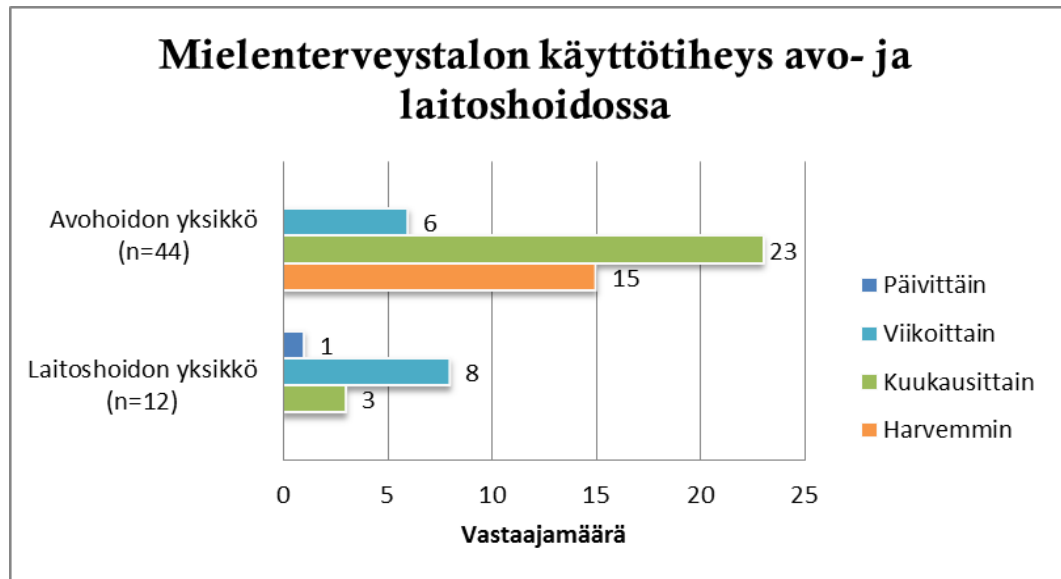
Kuvio 9. Mielenterveystalon löydettävyys alueittain (n=56).



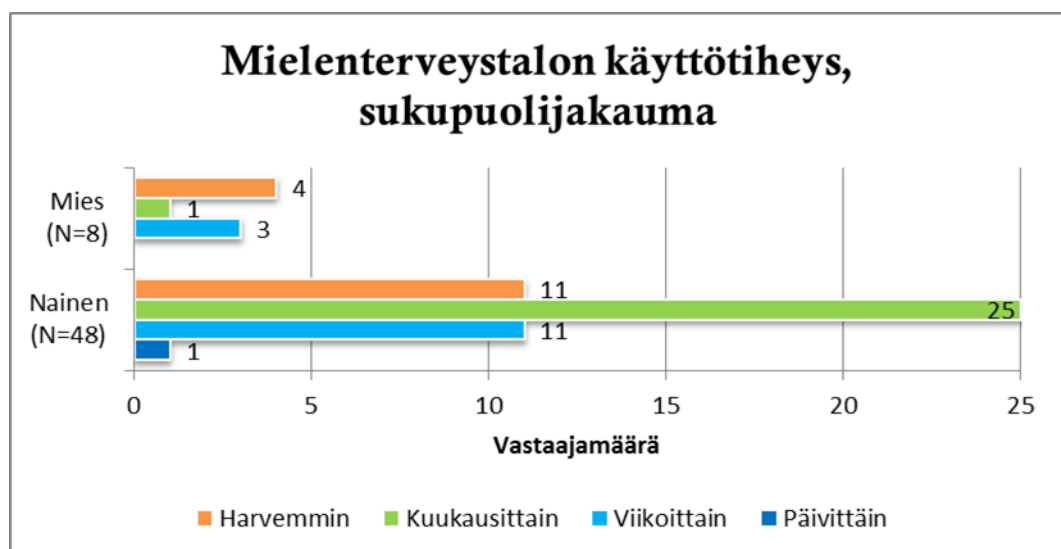
Kuvio 10. Mielensterveystalon löydettävyys toimialoittain (n=56).



Kuvio 11. Mielensterveystalon käyttötiheys toimialoittain (n=56).

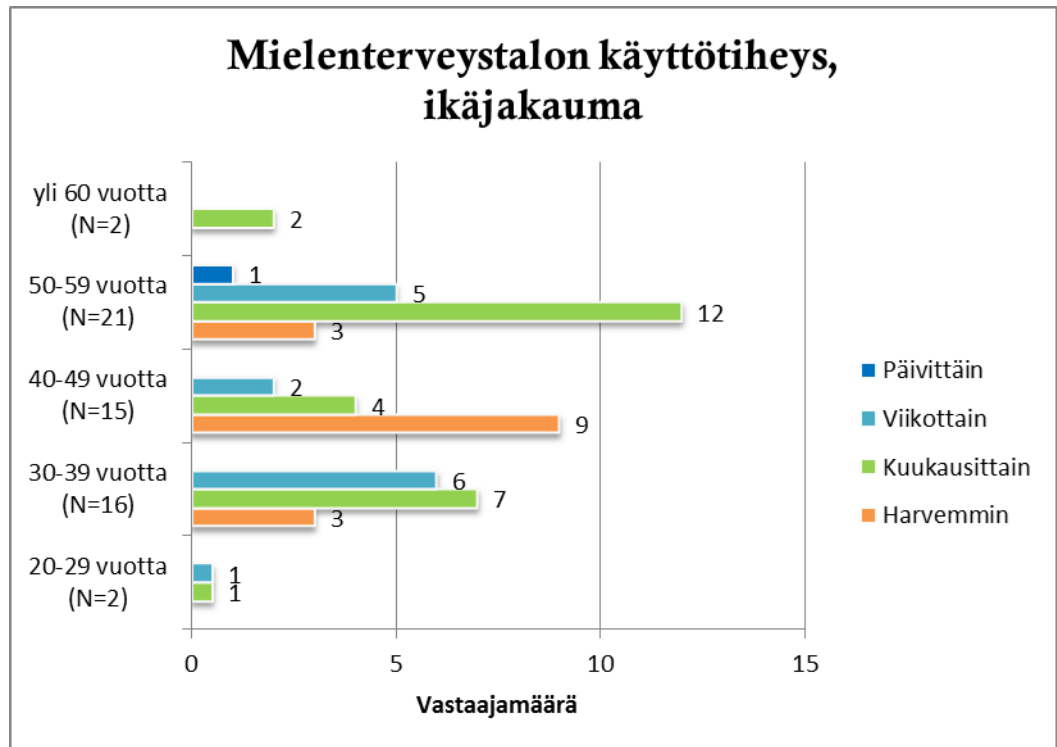


Kuvio 12. Mielenterveystalon käyttötiheys avo- ja laitoshoidossa (n=56).

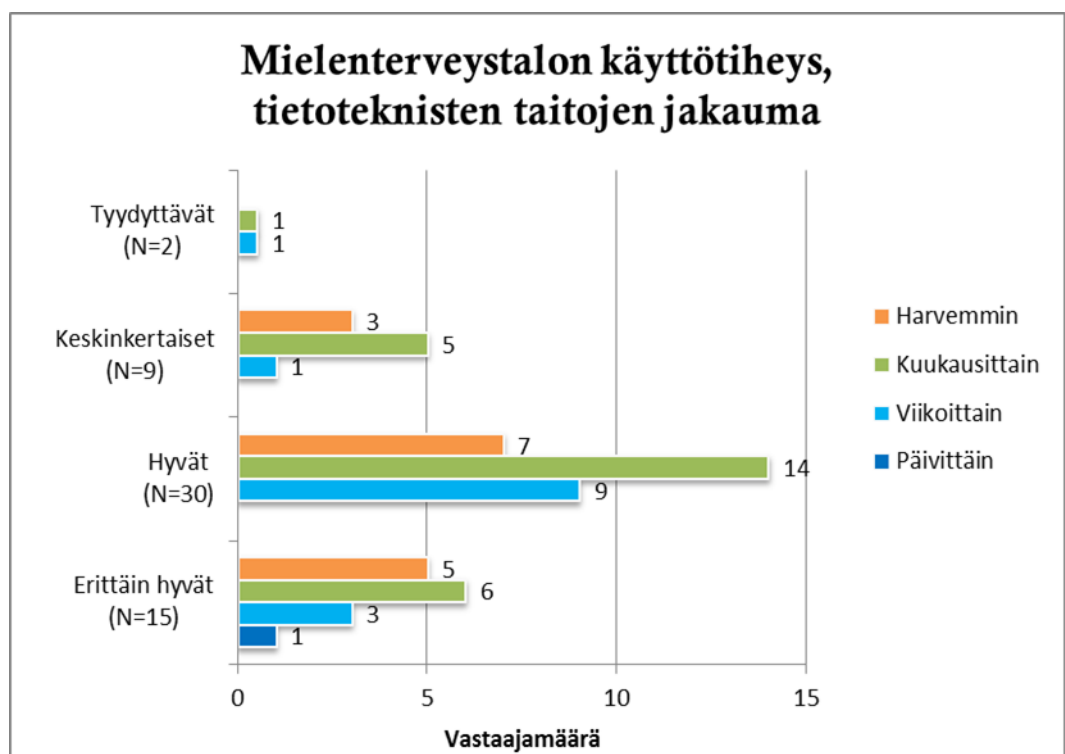


Kuvio 13. Mielenterveystalon käyttötiheys sukupuolen mukaan (n=56).



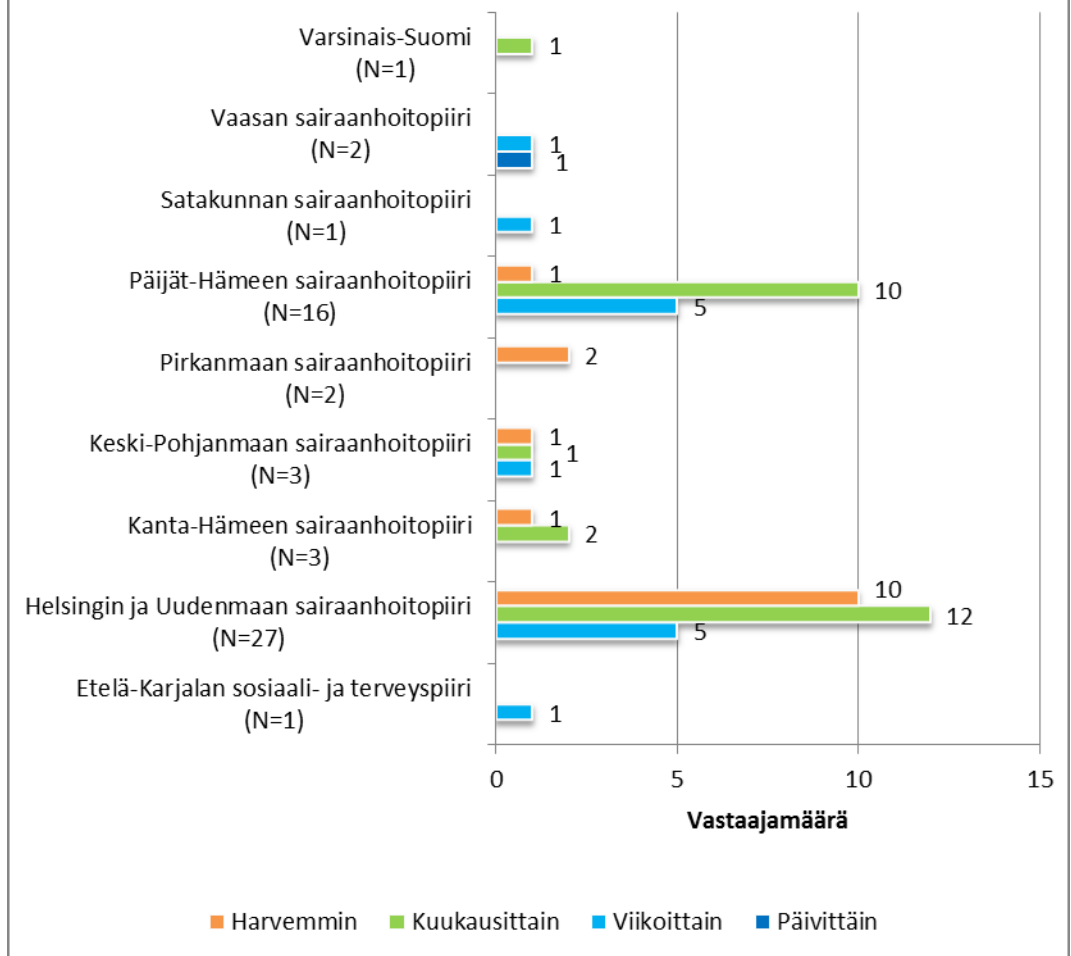


Kuvio 14. Mielen terveystalon käyttötiheys ikäryhmittäin (n=56).

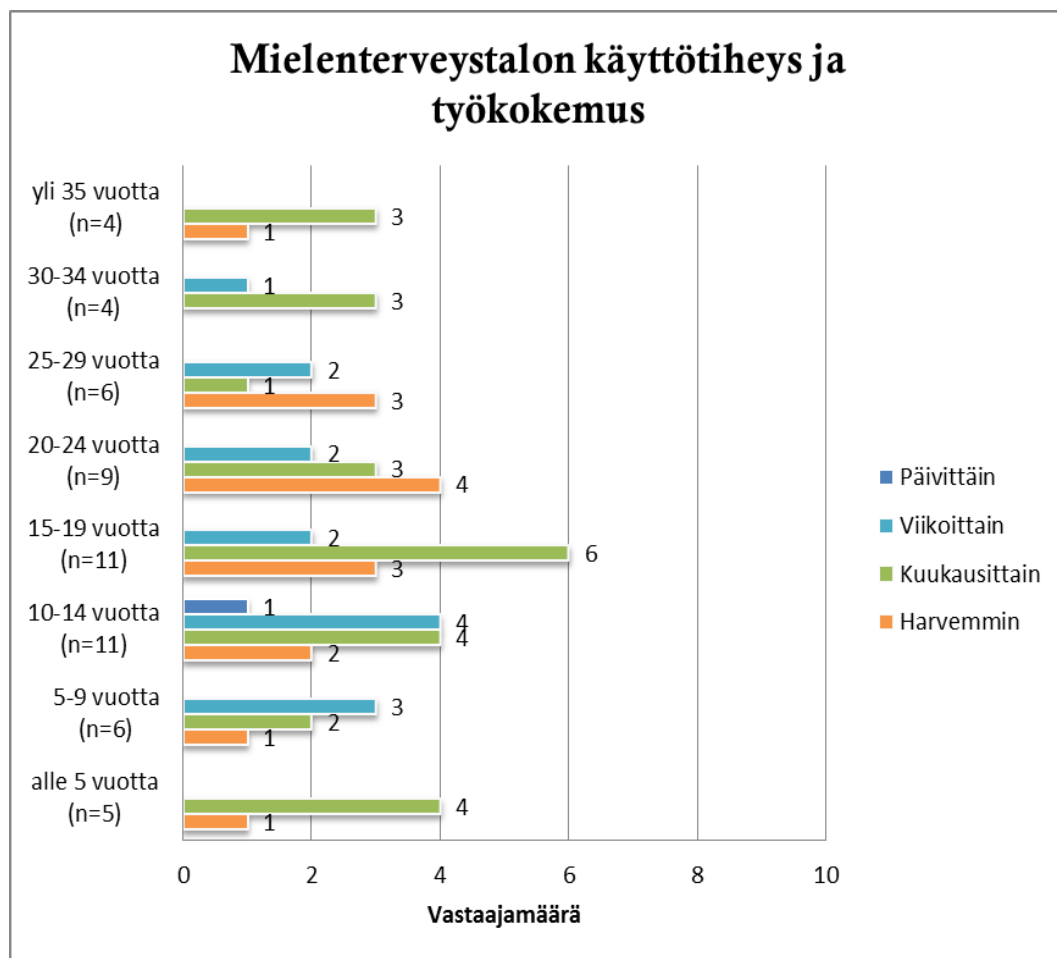


Kuvio 15. Mielen terveystalon käyttötiheys tietoteknisten taitojen mukaan (n=56).

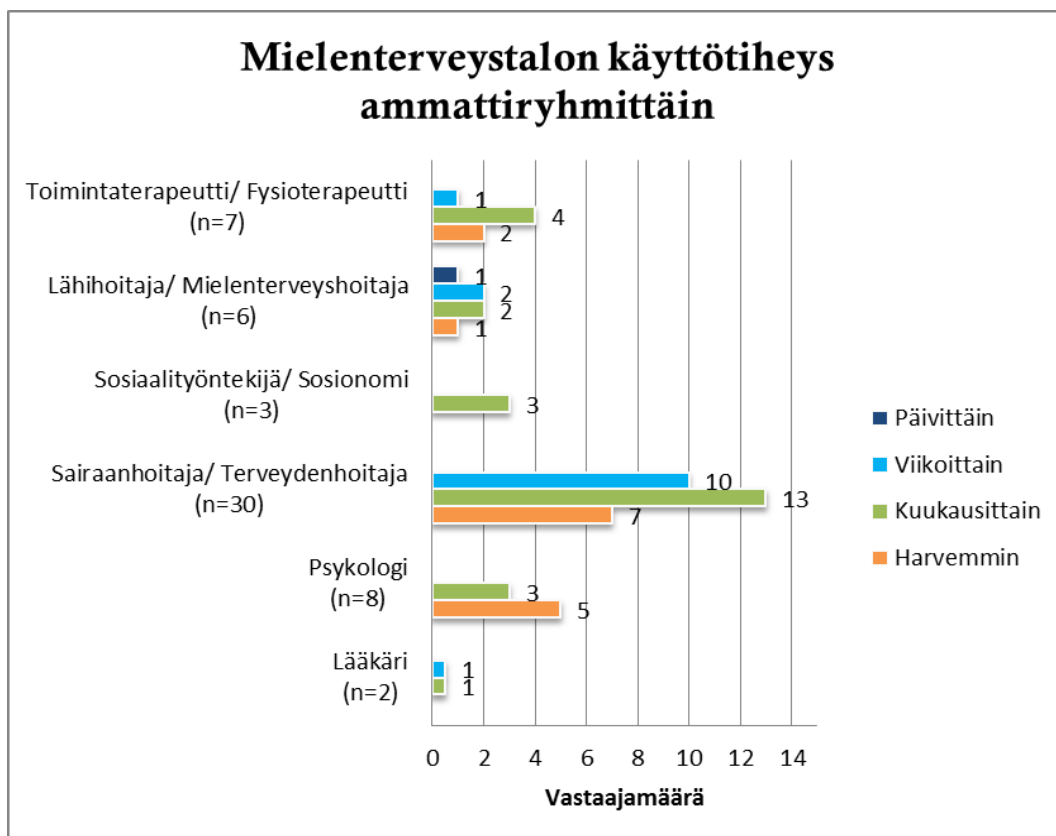
## Mielenterveystalon käyttötiheys alueittain



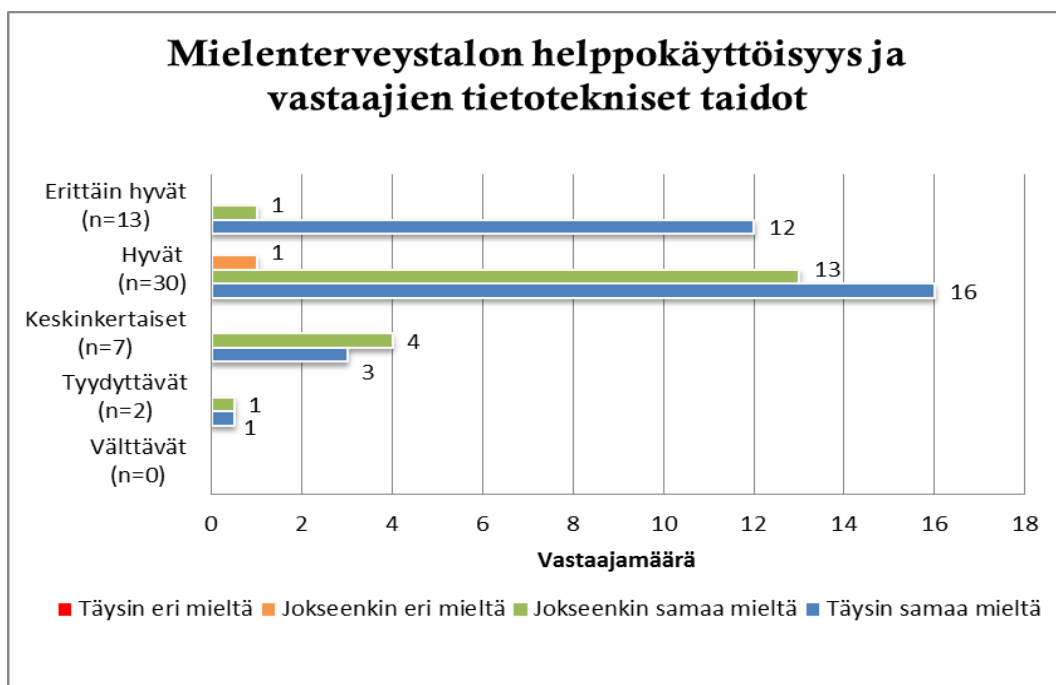
Kuvio 16. Mielenterveystalon käyttötiheys alueittain (n=56).



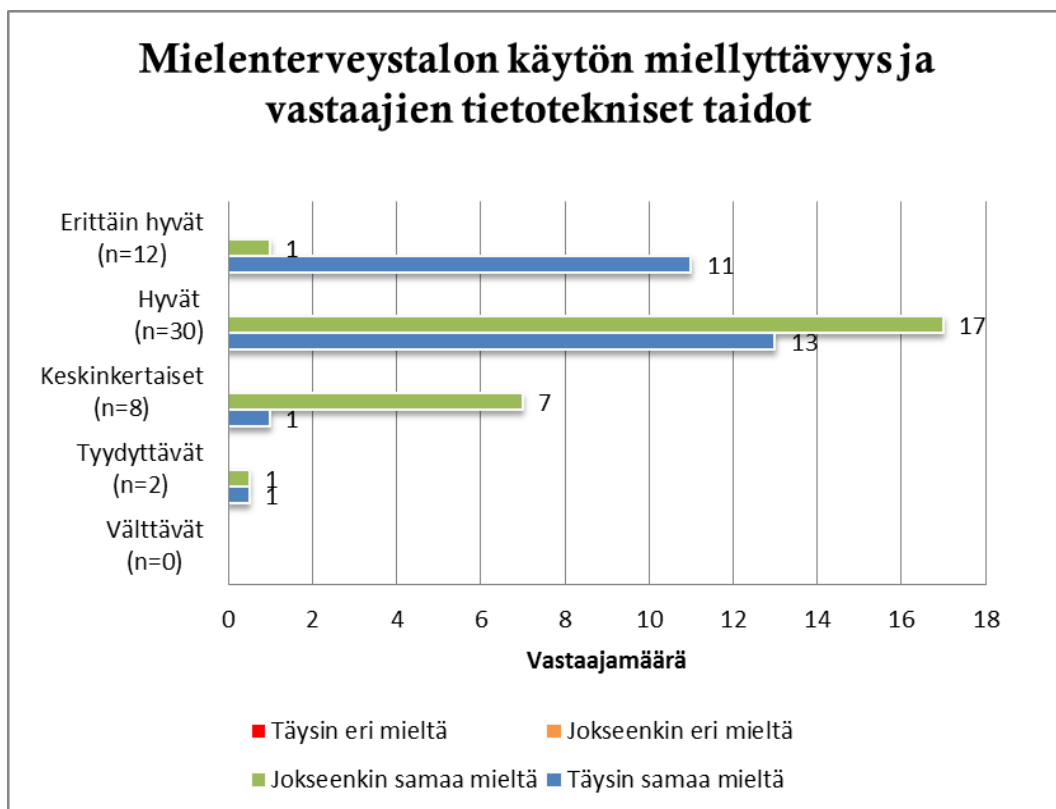
Kuvio 17. Mielenterveystalon käyttötiheys ja työkokemus (n=56).



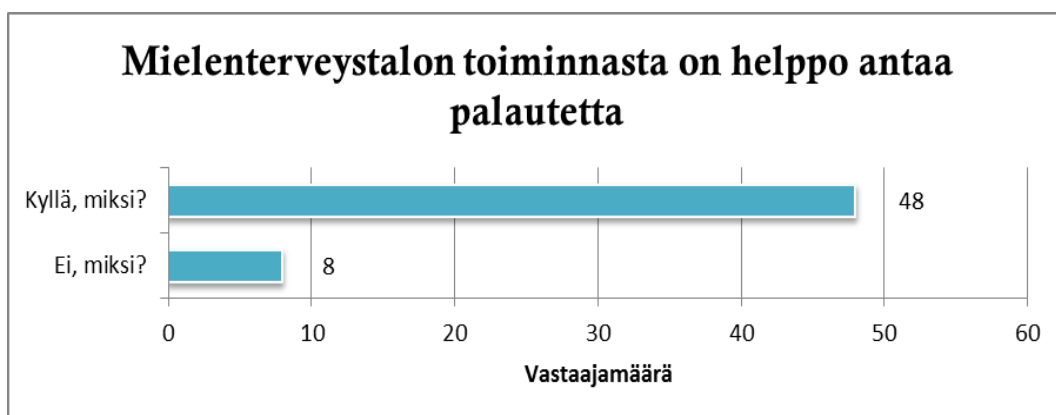
Kuvio 18. Mielenterveystalon käyttötiheys ammattiryhmittäin (n=56).



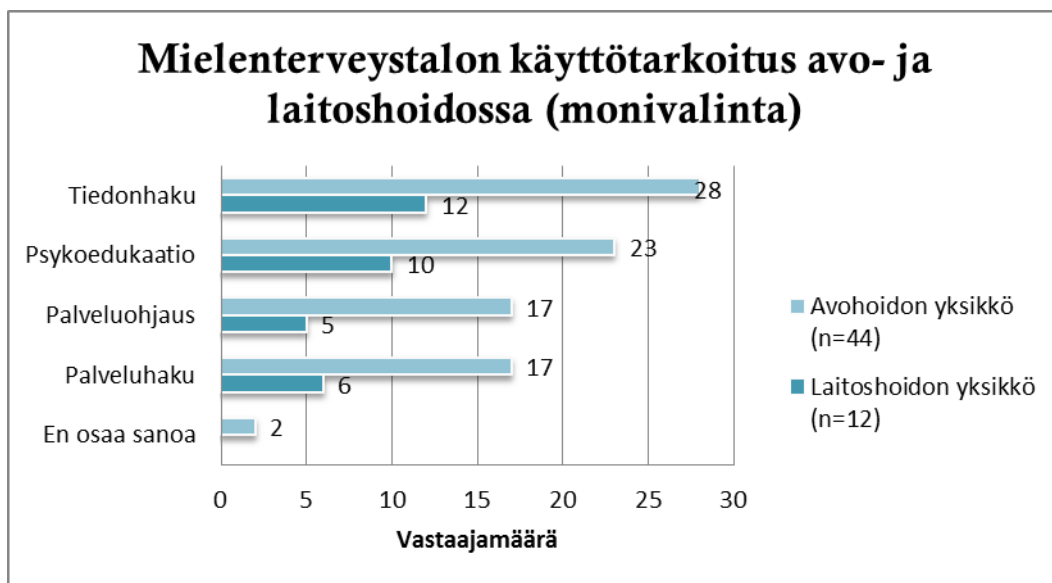
Kuvio 19. Mielenterveystalon helppokäyttöisyys ja vastaajien tietotekniset taidot (n=52).



Kuvio 20. Mielenterveystalon käytön miellyttävyys ja vastaajien tietotekniset taidot (n=52).

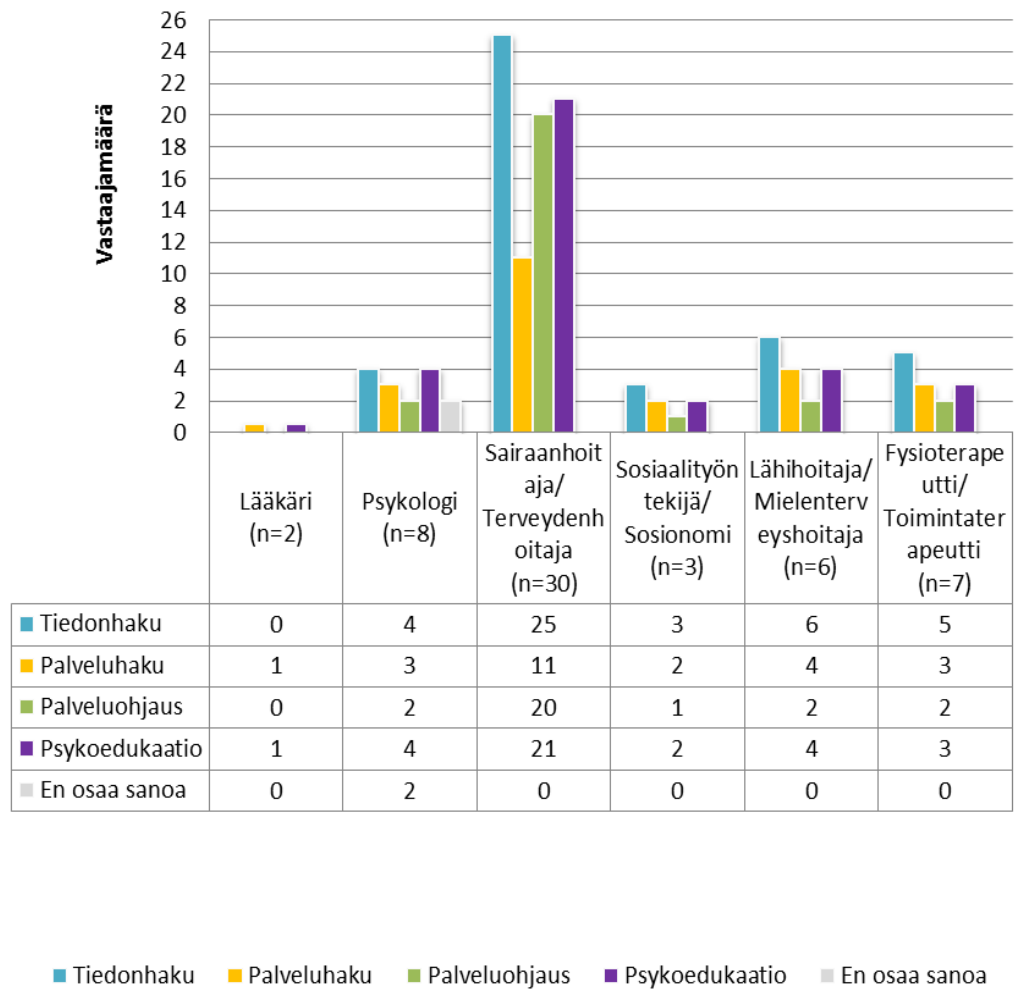


Kuvio 21. Palautteen antaminen Mielenterveystalon toiminnasta (n=56).



Kuvio 22. Mielenterveystalon käyttötarkoitus avo- ja laitoshoidossa (n=56).

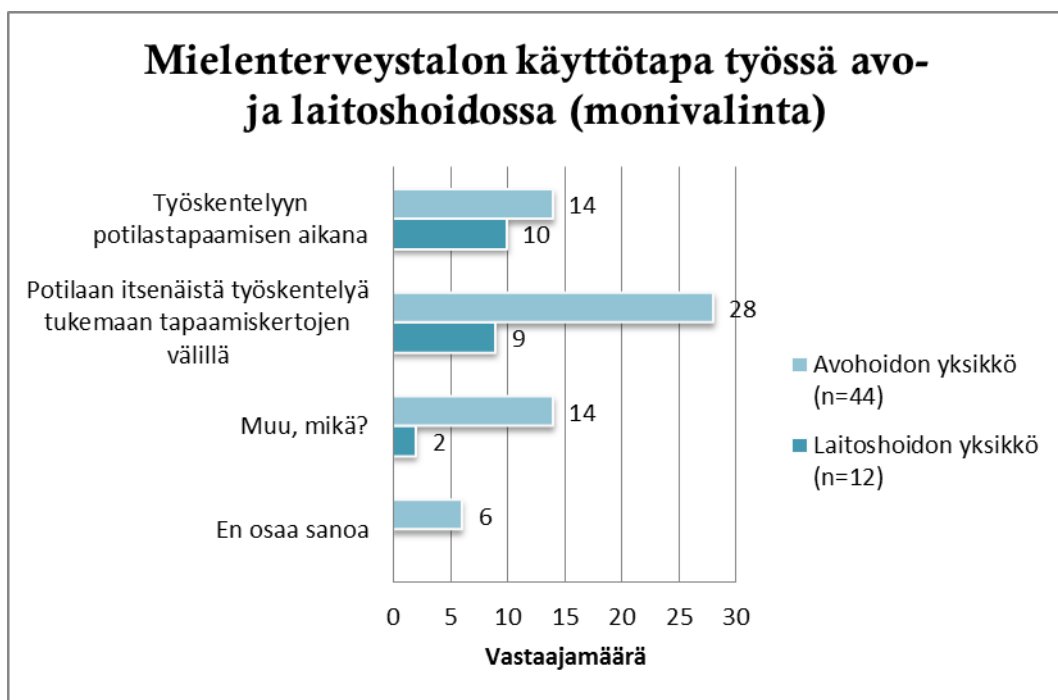
## Mielenterveystalon käyttötarkoitus ammattiryhmittäin (monivalinta)



Kuvio 23. Mielenterveystalon käyttötarkoitus ammattiryhmittäin (n=56).



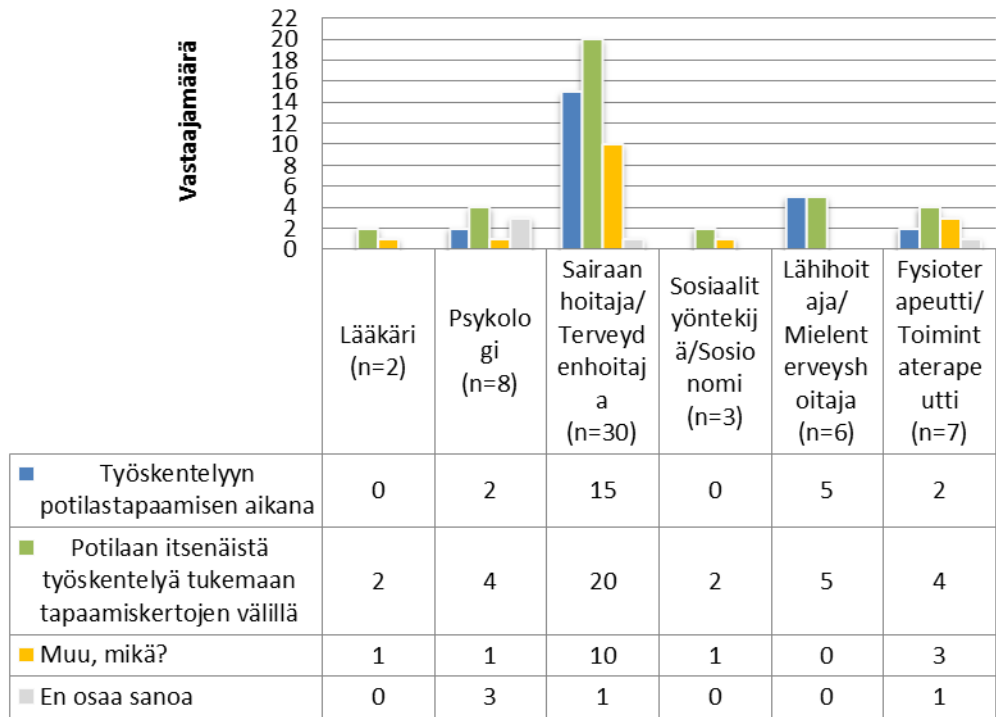
Kuvio 24. Mielenterveystalon käyttötapa (n=56).



Kuvio 25. Mielenterveystalon käyttötapa avo- ja laitoshoidossa (n=56).

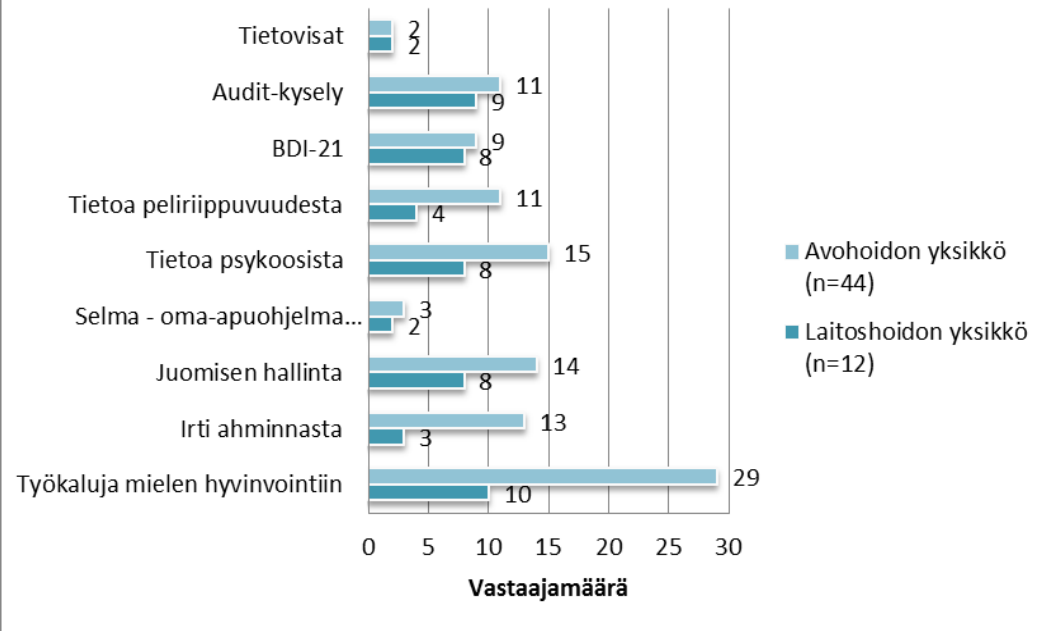


## Mielenterveystalon käyttötapa ammattiryhmittäin (monivalinta)



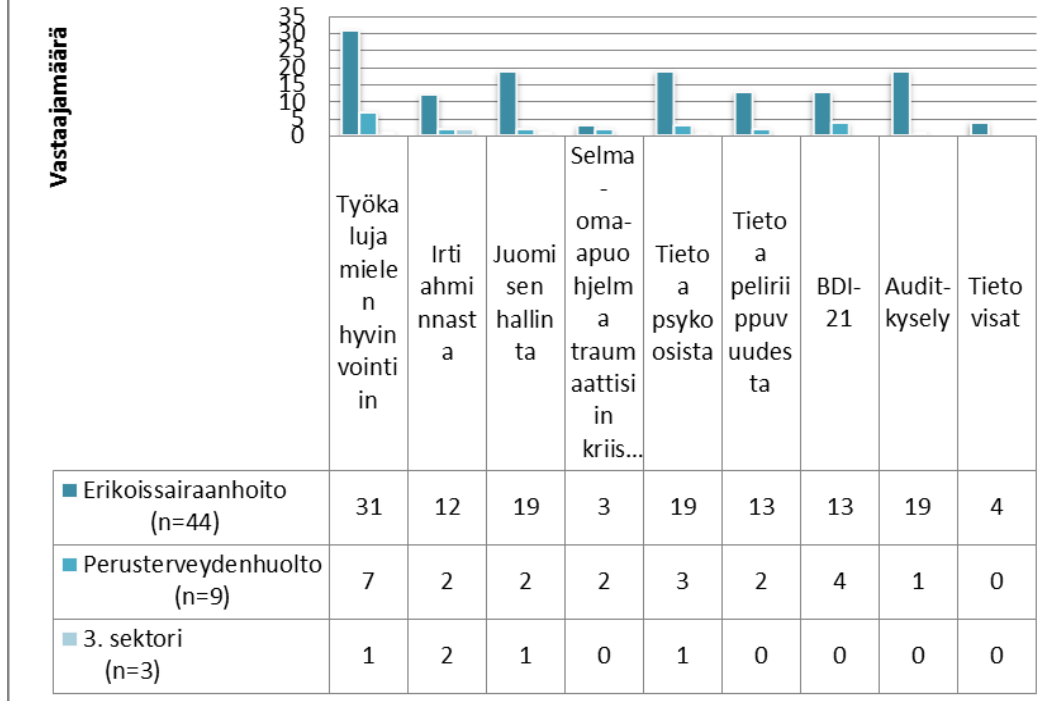
Kuvio 26. Mielenterveystalon käyttötapa ammattiryhmittäin (n=56).

### Mielenterveystalon yksittäisten työvälineiden käyttö avo- ja laitoshoidossa (monivalinta)



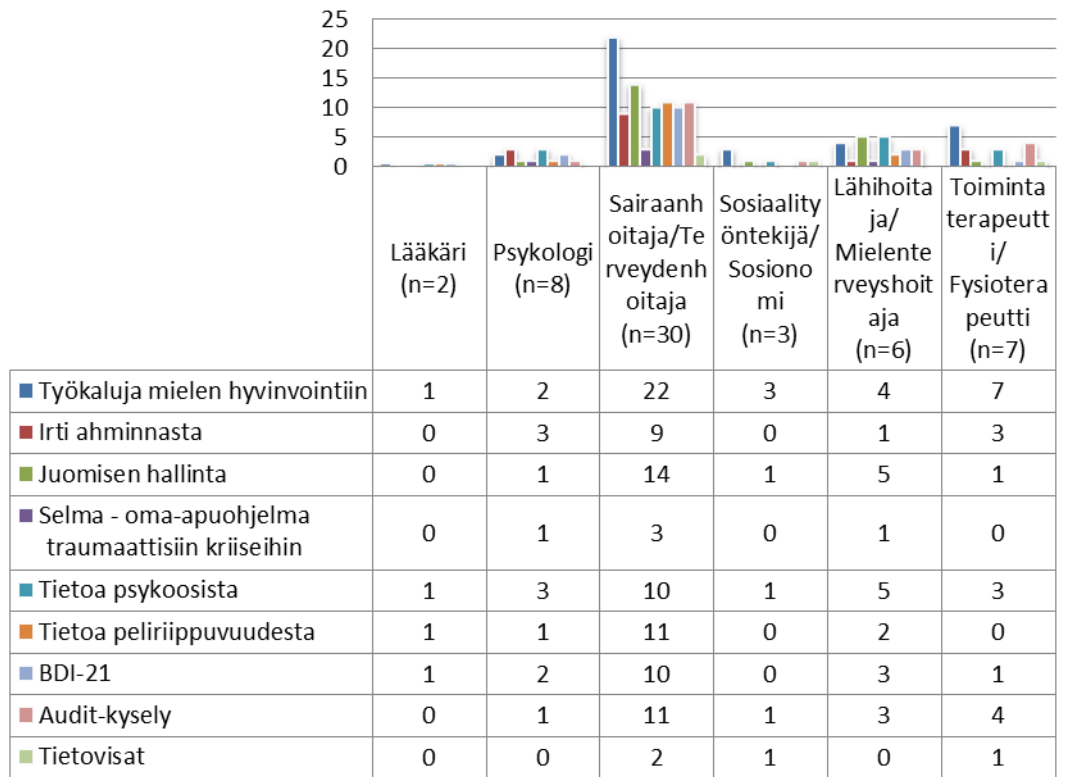
Kuvio 27. Mielenterveystalon yksittäisten työvälineiden käyttö avo- ja laitoshoidossa (n=56).

## Mielensterveystalon yksittäisten työvälineiden käyttö toimialoittain (monivalinta)

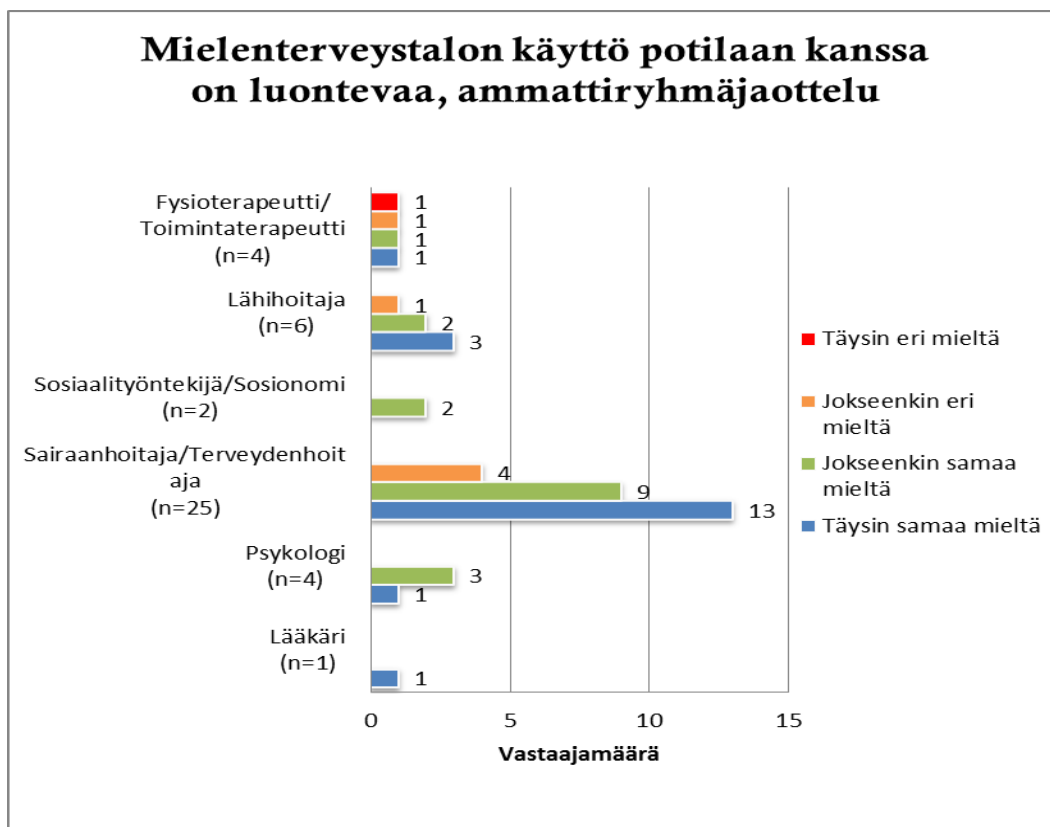


Kuvio 28. Mielensterveystalon yksittäisten työvälineiden käyttö toimialoittain (n=56).

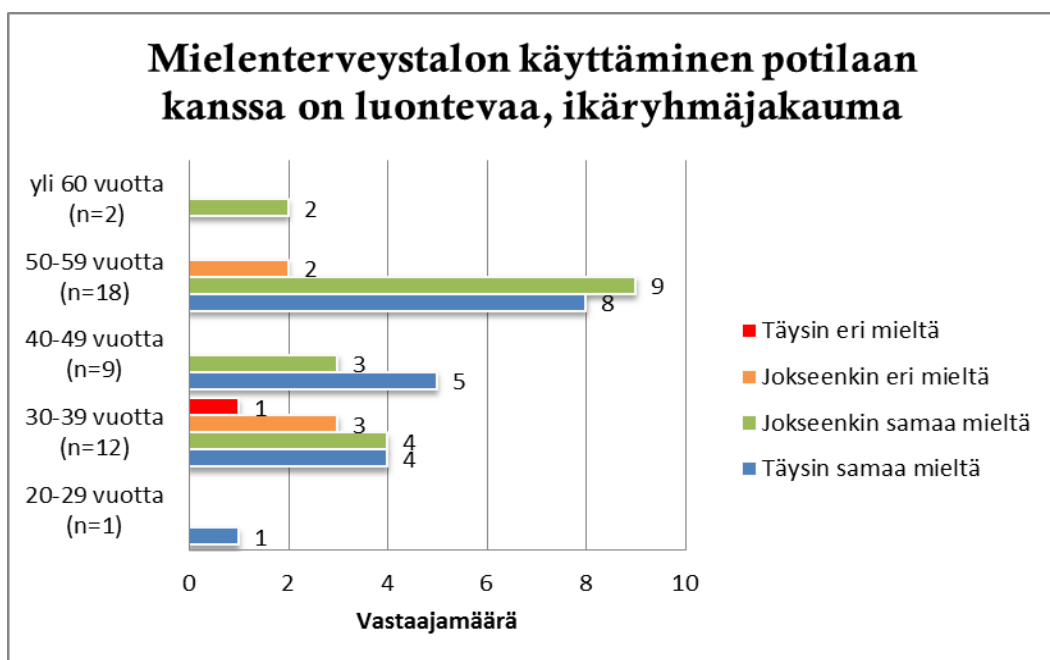
## Mielenterveystalon yksittäisten työvälineiden käyttö ammattiryhmittäin (monivalinta)



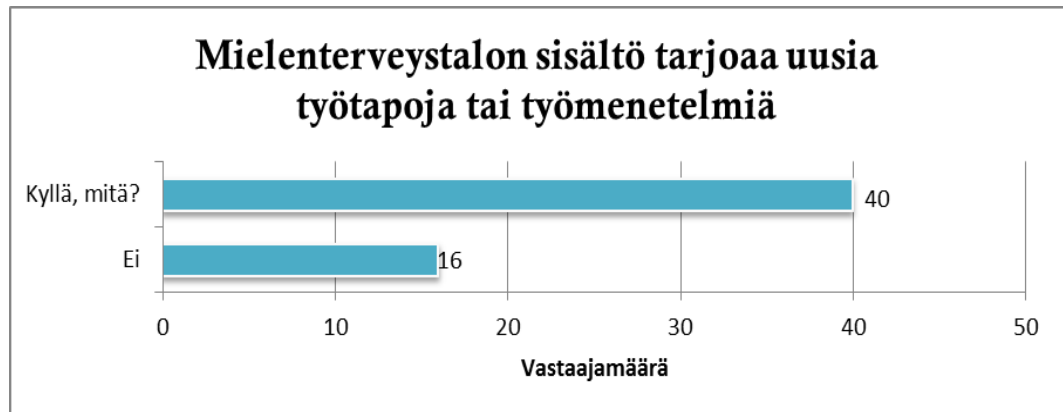
Kuvio 29. Mielenterveystalon yksittäisten työvälineiden käyttö ammattiryhmittäin (n=56).



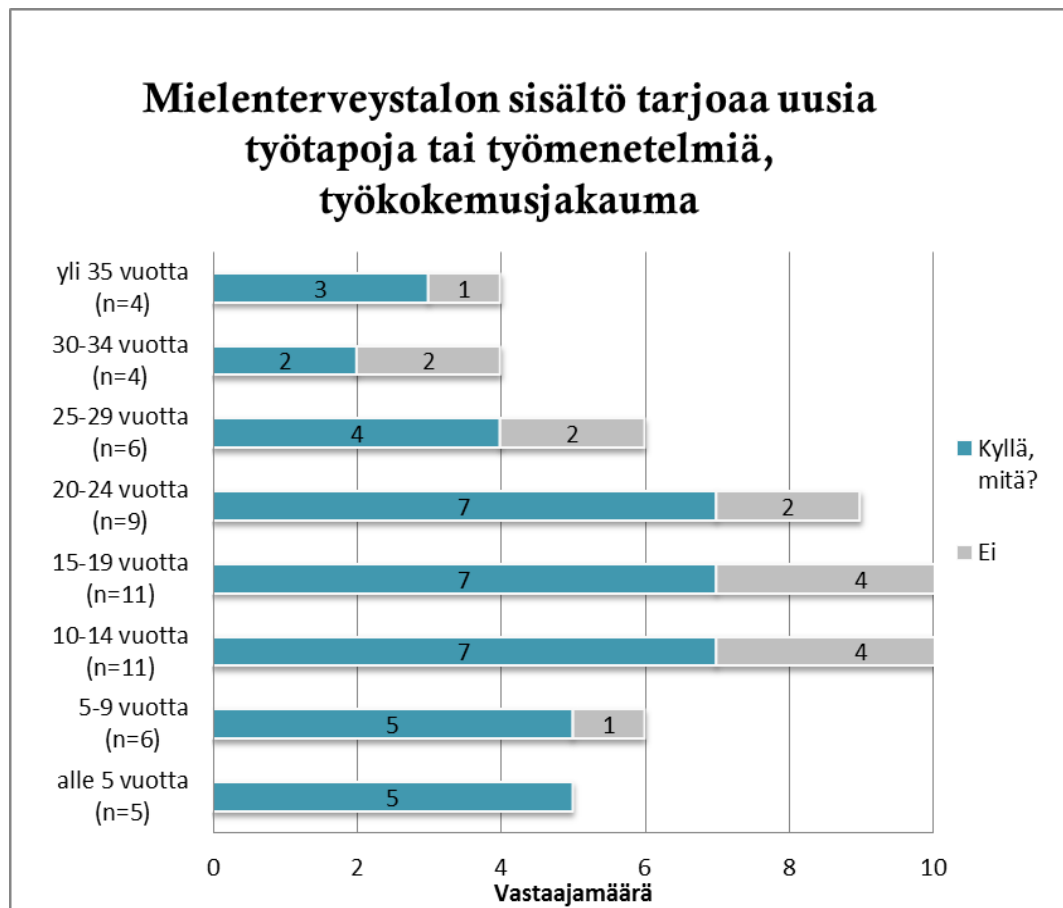
Kuvio 30. Mielenterveystalon käytön luontevuus potilaan kanssa ammattiryhmittäin (n=42).



Kuvio 31. Mielenterveystalon käytön luontevuus potilaan kanssa ikäryhmittäin (n=42).



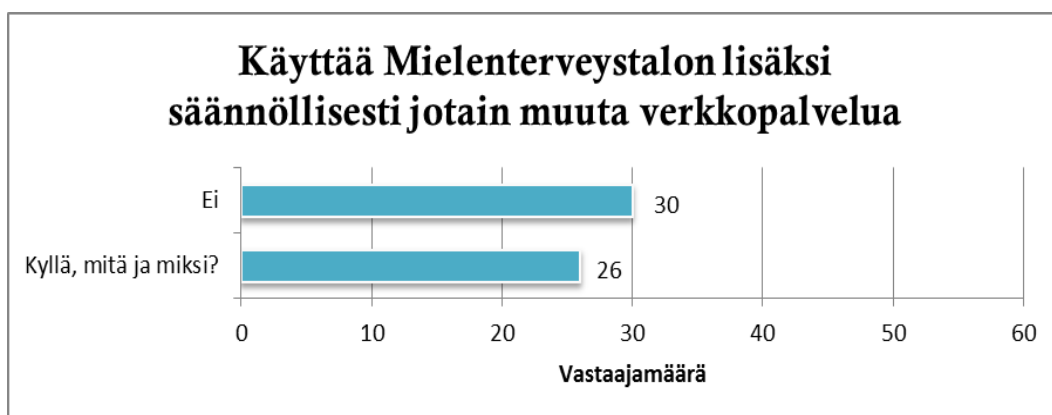
Kuvio 32. Mielen terveystalon tarjoamat uudet työtavat tai työmenetelmät (n=56).



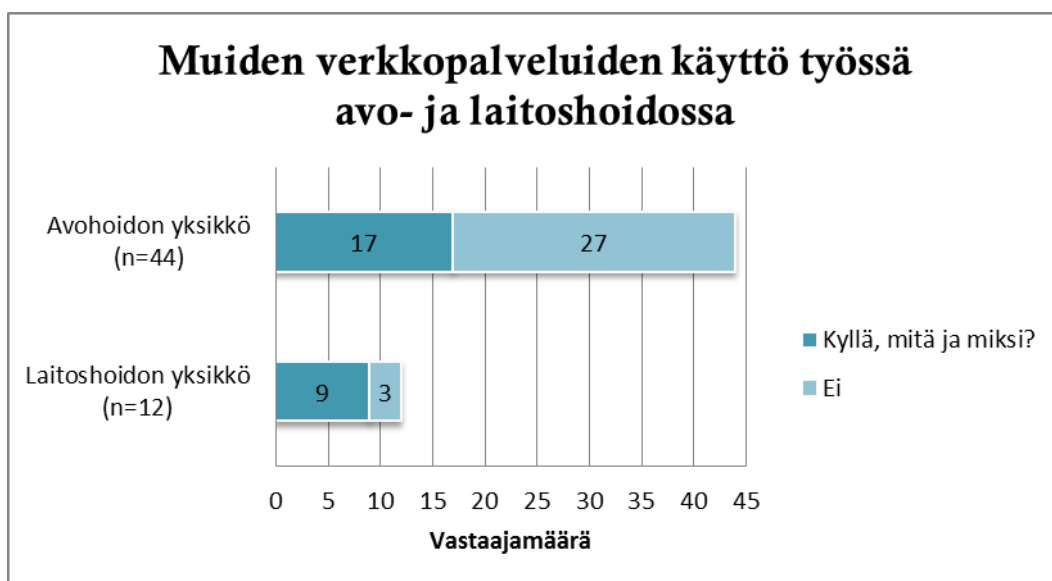
Kuvio 33. Mielen terveystalon tarjoamat uudet työtavat ja työmenetelmät, työkokemusjakauma (n=56).



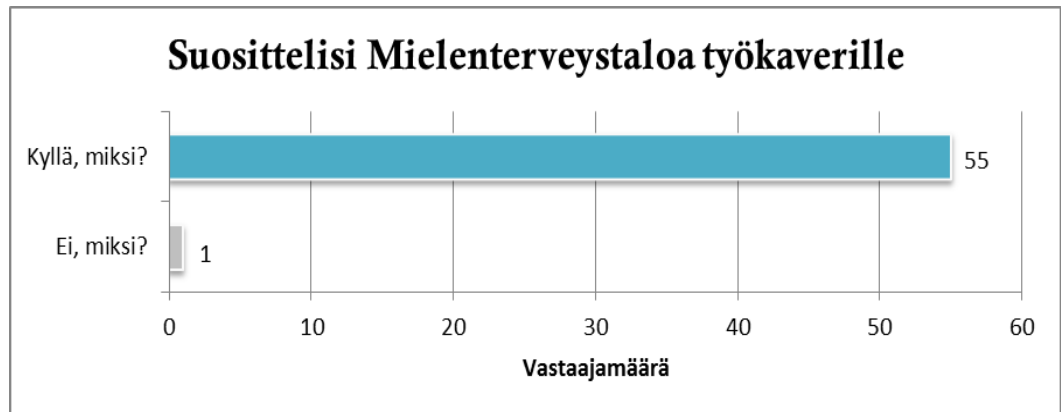
Kuvio 34. Mielen terveystalon sisällön korvaavuus (n=56).



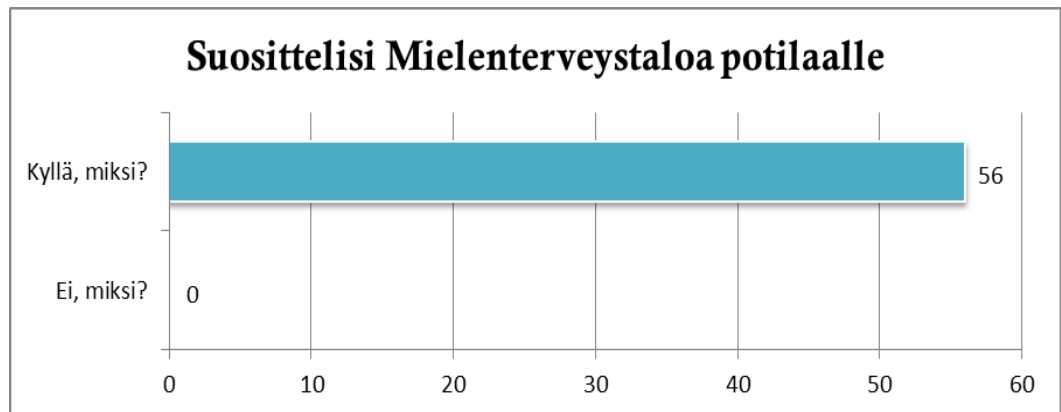
Kuvio 35. Muiden verkkopalveluiden käyttö työssä (n=56).



Kuvio 36. Muiden verkkopalveluiden käyttö avo- ja laitoshoidossa (n=56).



Kuvio 37. Suositteleminen kollegalle (n=56).



Kuvio 38. Suositteleminen potilaalle (n=56).



## LIITE 4. Persoonaprofiilit

# Aktiivinen Anne

*"Käyn Mielenterveystalon sivuilla joka viikko ja olen tottunut ajan kanssa käyttämään sitä vähän joka välissä"*

### *Demografiset tiedot:*

Kolmekymppinen hoitotyöntekijä, joka on työskennellyt sosiaali- ja terveysalalla reilut 10 vuotta. Tämänhetkinen työpaikka erikoissairaanhoidossa. Kohtaa työssään eniten nuoria aikuisia, joilla on eritasoisia päihde- ja mielenterveysongelmia.

### *Tekninen orientaatio:*

Luonteva ja positiivinen suhtautuminen sähköisiin palveluihin ja tietotekniikkaan, sekä hyvät tietotekniset perustaidot. Käyttää työssään ammatillisia verkkopalveluita ja vapaa-ajalla aktiivisesti sosiaalista mediaa.

### *Tausta:*

Tutustui Mielenterveystaloon työpaikkakoulutuksessa, jossa paikallinen Mielenterveystalon aluekoordinaattori kertoi verkkopalvelusta ja sen toiminnasta. Käyttää Mielenterveystaloa työssään noin viikoittain.

### *Tarpeet ja motivaatio:*

Kiinnostui Mielenterveystalosta, koska on kaivannut lisää virikkeellistä psykodukatiomateriaalia potilastyöhön. Toivoo netin käyttämisen tuovan potilaille kiinnostusta, lisämotivaatiota ja vaihtelua keskusteluihin sekä perinteisiin paperiesitteisiin.

### *Käyttötilanteet:*

Pitää erityisesti portaalin omahoitomateriaaleista ja on käynyt niitä useasti potilaidensa kanssa läpi. Antaa usein potilaille sivustolta harjoitteita kotona tehtäväksi. On katsonut potilaidensa kanssa sivuston videoita ja tarvittaessa tulostanut sieltä materiaaleja, jos potilaalla ei mahdollisuutta netin käyttöön. On toisinaan ohjannut myös potilaiden omaisia tutustumaan Mielenterveystalon sivuilla olevaan materiaaliin heidän kaivatesaan lisää tietoa läheisensä sairaudesta.

### *Käyttökokemukset:*

Annesta Mielenterveystalon materiaalit ovat nykyaikaisia, selkeitä ja helppoja käyttää. Kokee Mielenterveystalon käytön potilaan kanssa helpoksi ja luontevaksi, jos potilas on tottunut käyttämään nettiä muutenkin. Harmittelee palvelun käyttämisen työpaikan koneilla olevan toisinaan todella hidasta. Kokee Mielenterveystalon tarjoaman tiedon luotettavaksi ja palvelun käytön turvalliseksi, joten sitä on helppo suositella muille

# Satunnainen Saara

*"Olen välillä käynyt Mielenterveystalon sivuilla. Onhan siellä paljon materiaalia, mutta en ole ehtinyt oikein perehtyä."*

## *Demografiset tiedot:*

Nelikymppinen erityistyöntekijä perusterveydenhuollon avohoidosta. Työskennellyt sosiaali- ja terveystalalla reilut 20 vuotta. Kohtaa työssään jonkin verran aikuispotilaita, joilla on lieviä tai keskivaikkeitä mielenterveysongelmia.

## *Tekninen orientaatio:*

Hyvät tietotekniset perustaidot. Käyttää internetiä eniten tiedon etsintään.

## *Tausta:*

Kuuli Mielenterveystalosta kollegaltaan, joka oli ollut palvelua käsittelevässä työpaikainfossa. Kävi aluksi sivuilla toistuvasti, mutta alkunnostuksen hiivuttua on vierailut sivuilla ehkä kerran kuukaudessa.

## *Tarpeet ja motivaatio:*

Kiinnostui palvelusta, koska kaipaa selkeitä, konkreettisia työkaluja päivittäiseen työhön. Arvostaa työssä tarvitsemansa tiedon ja materiaalin löytymistä nopeasti yhdestä paikasta, jotta voi käyttää aikaansa tehokkaasti.

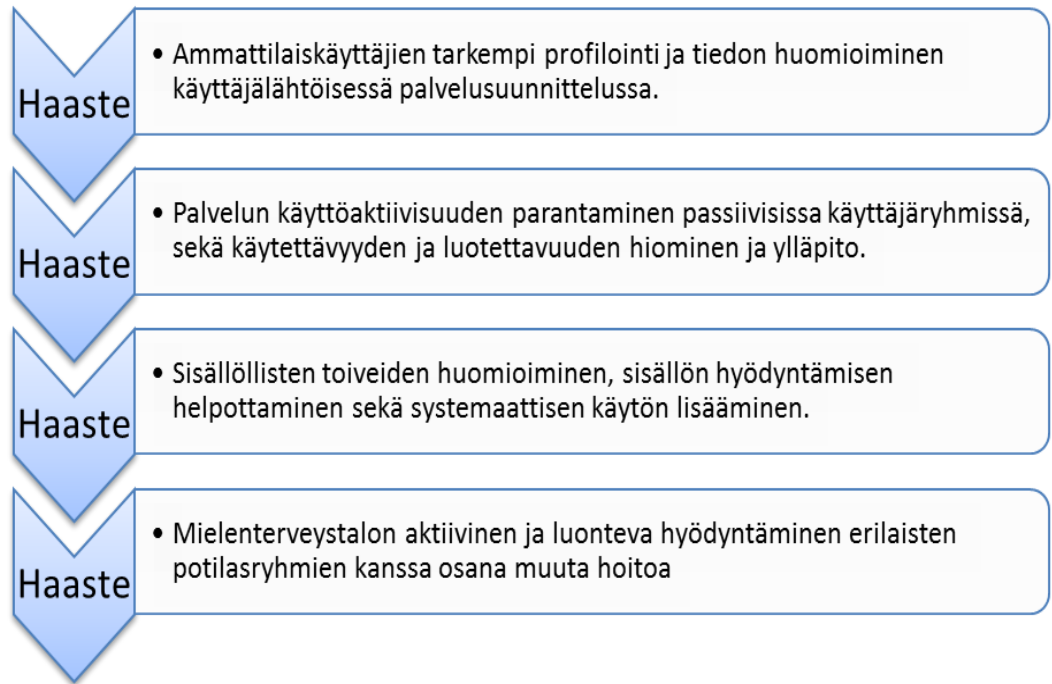
## *Käyttötilanteet:*

Selailee portaalia ajoittain etsiessään tietoa ja ideoita potilastapaamisiin. Ei ole hyödyntänyt palvelua juurikaan potilaidensa kanssa, vaan käyttänyt sitä lähinnä omaan tiedon hankintaan.

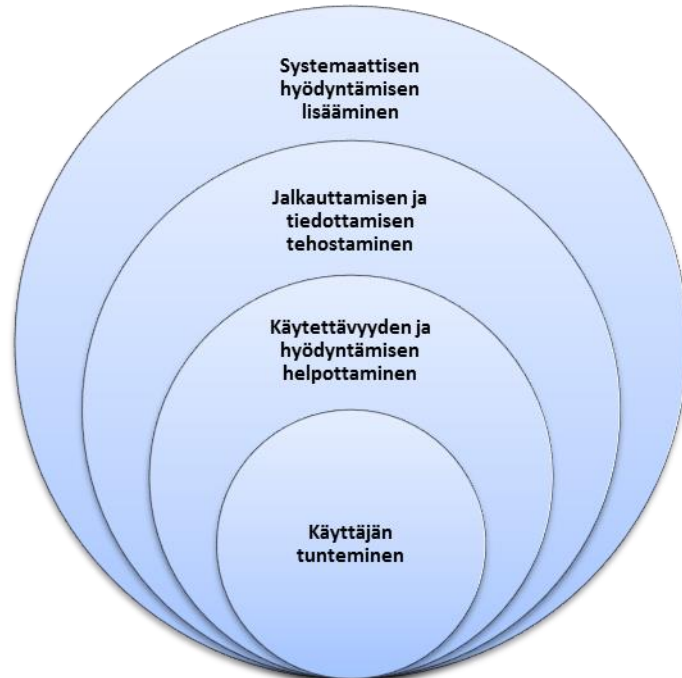
## *Käyttökokemukset:*

Saarasta Mielenterveystalon nettisivut ovat luotettavat. Aina hän ei kuitenkaan löydä tarvitsemaansa tietoa nopeasti ja turhautuessaan etsii sen muualta. Saara kokee, että voisi hyödyntää Mielenterveystaloa työssään enemmänkin, jos ehtisi perehtymään paremmin portaalin sisältöön ja keksisi, miten eri keinoin sivuilla olevaa materiaalia voisi käyttää osana potilaan hoitoa.

LIITE 5. Kehittämisen haasteet ja teemat kuvioina.



Kuvio 1. Mielenterveystalon ammattilaiskäytön kehittämishaasteet.



Kuvio 2. Mielenterveystalon ammattilaiskäytön kehittämisen teemat.