

Sähköisten päihdepalveluiden kehittäminen palvelumuotoilua hyödyntäen

Case Hyvis-terveysportaali

Ulla Norontaus

Opinnäytetyö
Joulukuu 2014

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Norontaus, Ulla	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 08.12.2014
	Sivumäärä 63+5	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: X
Työn nimi Sähköisten päihdepalveluiden kehittäminen palvelumuotoilua hyödyntäen Case Hyvis-terveysportaali		
Koulutusohjelma Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK		
Työn ohjaaja(t) Johanna, Heikkilä ja Carita, Kuhanen		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikkö, Nina Peränen		
Tiivistelmä <p>Alkoholin ongelmakäyttö on yksi Suomen suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista ja siihen puuttumista tulee tehostaa. Tietoteknologian hyödyntäminen lisää kansalaisille ja terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuksia puuttua alkoholin ongelmakäyttöön. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa alkoholinkäyttöön liittyvä omahoitoa tukeva sisältökokonaisuus Hyvis-terveysportaaliin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen kansalaisille ja terveydenhuollon ammattilaisille. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäjälähtöisenä kehittämistyönä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön tilaamana.</p> <p>Kehittämistyön menetelmänä käytettiin palvelumuotoilua, jossa tuotteen käyttäjät ovat merkittävässä roolissa palvelua kehitettäessä. Prosessiin osallistui kaksi kansalaisista ja kolme terveydenhuollon ammattilaisista koostuvaa ryhmää, joiden avulla kehittämistyöhön saatiin laaja-alaista asiakasymmärrystä. Seitsemässä yhteissuunnittelukokouksessa ideoitiin, kehitettiin ja arvioitiin sisältökokonaisuutta osallistavilla menetelmillä.</p> <p>Kehittämistyön tuloksena Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Hyvikseen tuotettiin alkoholinkäyttöön liittyvä omahoitoa tukeva sisältökokonaisuus. Sisältökokonaisuus sisältää tietopaketin, Auditkyselyn, juomapäiväkirjan sekä yhteydenottoopyyntölomakkeen Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksissa toimiville päihdehoitajille.</p> <p>Kehittämistyön perusteella voidaan todeta, että terveydenhuollon sähköisiä palveluja tuotettaessa järjestelmän asiantuntijan osallistuminen prosessiin sekä kiinteä yhteistyö sisällöntuottajan kanssa on tarpeellista. Työn pohjalta voidaan todeta myös, että terveydenhuollon palveluita tulee kehittää tietoteknologian tarjoamien mahdollisuuksien pohjalta. Sisältökokonaisuutta voi jatkossa hyödyntää alkoholin ongelmakäytön varhaisessa tunnistamisessa ja siihen puuttumisessa. Sen jatkoasteena on käyttöönoton laajentaminen ja päivittäminen.</p>		
Avainsanat (asiasanat) alkoholi, alkoholinkäyttö, omahoito, sähköiset palvelut, palvelumuotoilu		
Muut tiedot		



Author(s) Norontaus, Ulla	Type of publication Master's thesis	Date 08.12.2014
	Number of pages 63+5	Language of publication Finnish
		Permission for web publication: X
Title of publication The development of electrical substance abuse services using service design Case Hyvis-health portal		
Degree programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Heikkilä, Johanna and Kuhanen, Carita		
Assigned by Peränen, Nina, Central Finland Hospital District, Unit of the Primary Health Care		
Abstract <p>Alcohol abuse is one of the biggest public health problems in Finland, and intervention in the abuse should be enhanced. The utilization of information technology increases the opportunities of citizens and health care professionals to intervene in problem drinking. The purpose of the thesis was to create for the Hyvis-Health Portal alcohol-related content that would support self-care. The portal can be accessed by citizens and health care professionals in the Central Finland Hospital District. The thesis was implemented as a user-oriented development work ordered by the Central Finland Hospital District's Primary Health Care Unit.</p> <p>The method of this work was service design where the users are in a significant role of service development. The process was participated by two groups of citizens and three groups of health care professionals, which brought large-scale customer understanding to the development work. There were seven co-design meetings for presenting ideas and development proposals as well as for the evaluation of the content.</p> <p>As a result of the thesis a new content entity was produced for Central Finland's Hyvis-portal. The content entity includes information on alcohol, an Audit-test, drinking diary and a contact-request form that can be sent to the substance abuse nurses who work in the Health Centre of Jyväskylä Cooperation Area (JYTE).</p> <p>On the basis of the development work, it can be stated that when designing electronic health care services, the participation of the system experts in the project as well as their cooperation with content producers is necessary. Moreover, healthcare services should be developed by keeping in mind the possibilities that information technology provides. The content entity can be used for the early identification of alcohol problems and for the related intervention. A further challenge of the content will be in expanding and updating it.</p>		
Keywords/tags (subjects) alcohol, the use of alcohol, self-care, web services, service design		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Palvelumuotoilulla lisää sähköisiä päihdepalveluita.....	3
2	Alkoholinkäyttö	5
2.1	Alkoholin kohtuukäyttö ja riskikäytön rajat	5
2.2	Alkoholin ongelmakäyttö.....	6
2.3	Alkoholin ongelmakäytön tunnistaminen ja siihen puuttuminen terveydenhuollossa	7
3	Kansalaisen vahvistunut rooli terveydenhuollossa ja sen tietoteknologian hyödyntämisessä	8
3.1	Kansalaisen omahoito.....	8
3.2	Tietoteknologian hyödyntäminen omahoidossa.....	9
3.3	Sähköinen asiointi omahoidossa	11
4	Ammattilaisen rooli omahoidontuessa ja sen tietoteknologisissa sovellutuksissa.....	12
4.1	Ammattilaisen tarjoama omahoidontuki	12
4.2	Tietoteknologian hyödyntäminen terveydenhuollossa	15
4.3	Sähköinen asiointi omahoidon tuessa.....	17
5	Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus	19
6	Hyvis-terveysportaalin sisältökokonaisuuden toteutuksen suunnitelma	19
6.1	Hyvis-terveysportaali	19
6.2	Kehittämistyö sisältökokonaisuuden muodostamisen viitekehyksenä	22
6.3	Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä.....	24
6.4	Kehittämistyön toimintasuunnitelma ja aikataulu	25
7	Sisältökokonaisuuden toteutus	29
8	Tulokset	37
9	Pohdinta	45
9.1	Kehittämistyön prosessin ja tulosten tarkastelu	45
9.2	Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys	48
9.3	Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset	50

Lähteet	53
Liitteet	64
Liite 1. Yhteissuunnittelukokousten ideoiden luokittelu	64
Liite 2. Käsitekartta ideoista sisältökokonaisuudeksi	66
Liite 3. Ammattilaisten luokittelema käsitekartta.....	67
Liite 4. Kansalaisten luokittelema käsitekartta	68
Kuviot	
Kuvio 1. Muutosvaihemalli.....	13
Kuvio 2. Keskeiset tavoitteen terveydenhuollon sähköiselle asiointille	18
Kuvio 3. Hyviksen toiminta-alue.....	20
Kuvio 4. Palvelumuotoiluprosessi sisältökokonaisuuden kehittämisessä	25
Kuvio 5. Osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen Hyviksen etusivua.....	37
Kuvio 6. Päihteet osion etusivu	38
Kuvio 7. Alkoholin terveyshaittoja osion etusivun osa	40
Kuvio 8. OmaHyvisen päihdepalvelut sivu	41
Kuvio 9. Osa päihdepalvelun yhteydenottopyyntölomaketta	41
Kuvio 10. Osa OmaHyviksen alkoholinkäytön kysely sivua.....	42
Kuvio 11. Esimerkki juomapäiväkirjasta.....	43
Kuvio 12. Osa päivittäisen alkoholinkäytön yhteenveto sivua.....	43
Kuvio 13. Osa viikoittaisen alkoholinkäytön yhteenveto sivua.....	43
Kuvio 14. Ammattilaisen Hyviksen etusivun osa.....	44
Kuvio 15. Tietopaketit osion päihteet sivu.....	44

1 Palvelumuotoilulla lisää sähköisiä päihdepalveluita

Alkoholin ongelmakäytön seurauksena maailmassa kuolee vuosittain 3,3 miljoonaa ihmistä. Alkoholilla on merkittävä rooli 60 sairauden esiintyvyydessä (Global Information System on Alcohol and Health) ja yli 200 sairauteen alkoholinkäytöllä on yhteyttä (Hillbom 2014, 1126). Suomessa alkoholisyöt ovat jo pitkään olleet työikäisten naisten ja miesten yleisin kuolinsyy ja vuonna 2012 niiden määrä kääntyi uudelleen nousuun (Alkoholikuolleisuus kääntyi nousuun). Vuonna 2012 alkoholiperäisiä kuolemia oli yhteensä 1960, kun esimerkiksi maaliikennekuolemia oli 206 (Kuolleet ja ikävakioitu kuolleisuus peruskuolemansyyn ja sukupuolen mukaan, kaikki ja 15 - 64-vuotiaat 1969 - 2012).

Vuonna 2010 puhtaan alkoholin kokonaiskulutus maailmanlaajuisesti yli 15-vuotiailla oli keskimäärin 6,2 litraa (Global Information System on Alcohol and Health) ja Suomessa 10,0 litraa asukasta kohden (Alkoholijuomien kokonaiskulutus asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa). Euroopan unionin (EU) maissa 15 - 64-vuotiaiden alkoholinkäyttö on hyvin yleistä, 88,9 % miehistä ja 82,1 % naisista käyttää alkoholia. Alkoholin keskimääräinen kulutus on suurinta EU:n keski- ja itäosissa ja haitallista runsasta juomista esiintyy etenkin pohjoismaissa, EU:n keski- ja itäalueilla sekä Brittein saarilla. (Rehma, Shielda, Gmela, Rehmf & Frick 2013, 91.)

Alkoholinkäytön haitat eivät kohdistu ainoastaan yksilökuluttajaan elämäntapariskinään vaan ovat yhteinen riski yhteisön viihtyvyyden, yleisen järjestyksen ja erilaisten kustannusten aiheuttamien haittojen vuoksi (Warpenius, Holmila & Tigerstedt 2013, 206). Vuonna 2010 Suomen julkiselle sektorille aiheutui arviolta 0,9 - 1,1 miljardin euron kustannukset alkoholinkäytön haitoista, joista terveydenhuollon kustannukset olivat yhteensä 81 - 136 miljoonaa euroa (Jääskeläinen 2012, 1, 4).

Terveydenhuollon potilaista 20 - 40 % miehistä ja 10 - 20 % naisista on alkoholin ongelmakäyttäjiä (Aalto & Seppä 2009, 15) ja haitallisesti alkoholia käyttää 10 - 20 % potilaista (Nilsen, Aalto, Bendtsen & Seppä 2006, 5). Terveydenhuollon haasteena on

alkoholin ongelmakäytönkirjon hahmottaminen ja hoidon tarjoaminen lievemmistä alkoholihaitoista kärsiville (Aalto 2009, 891).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa huomioidaan muun muassa kasvavien päihdeongelmien mukanaan tuomat haasteet sekä alueen päihdepalvelujen tarve, joka on muihin sairaanhoitopiireihin verrattuna keskitasoa suurempi. Perustehtävässä korostetaan terveysongelmien varhaista puuttumista (Edelläkävijä terveyteen 2011, 3 - 4) ja terveyden edistämisen toimintaohjelman painopisteenä on muun muassa alkoholin kohtuukäytön edistäminen (Terveyden edistämisen toimintaohjelma 2012, 5). Sairaanhoitopiirin strategiassa korostetaan lisäksi vaatimuksia tietoteknologian käytöstä sekä sähköisen asioinnin mahdollistamisesta sairaanhoitopiirin toiminnoissa (Edelläkävijä terveyteen 2011, 3).

Terveydenhuollon tietoteknologian kehittämisen kansainvälisenä trendinä on jo pitkään ollut kansalaisen roolin vahvistaminen ja omatoimisuuden kehittäminen (Hypönen & Niska 2008, 14). Suomessa tietoteknologian hyödyntämistä on tavoiteltu yli 15 vuoden ajan (Winblad, Reponen & Hämäläinen 2012, 15), silti tietojärjestelmien kokonaispotentiaalia ei ole pystytty hyödyntämään, kansalaisen näkökulma kehittämisessä on ollut taka-alalla eikä kansalaisille suunnattuja sähköisiä terveydenhuollon palveluja ole juuri ollut tarjolla (Suomen eTerveys-tiekartta 13 -14).

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa alkoholinkäyttöön liittyvä omahoitoa tukeva sisältökokonaisuus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen Hyvis-terveysportaaliin. Sisältökokonaisuus tarjoaa välineitä sekä työikäisille kansalaisille alkoholinkäyttöön liittyvään omahoitoon että terveydenhuollon ammattilaisille alkoholinkäytön puheeksiottoon, varhaiseen puuttumiseen sekä kansalaisen omahoidon tukemiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää sisältökokonaisuus palvelumuotoilua hyödyntäen yhteistyössä kansalaisista ja terveydenhuollon ammattilaisista koottujen ryhmien kanssa, osallistavilla menetelmillä. Jatkossa tässä työssä terveydenhuollon ammattilaisista käytetään nimitystä ammattilaiset.

2 Alkoholinkäyttö

2.1 Alkoholin kohtuukäyttö ja riskikäytön rajat

Alkoholilla on haitta- ja suojavaikutuksia, joita on hankala tutkia ja osittain sen vuoksi tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. Yleisimmin haittojen riski on suorassa suhteessa kulutettuun alkoholimäärään siten, että haitat lisääntyvät kulutuksen lisääntyessä. (Mikkonen 2007, 2544.) **Alkoholin kohtuukäyttäjät** ovat keskimäärin terveempiä kuin täysin raittiit tai alkoholin ongelmakäyttäjät. Joissain väestöryhmissä alkoholin kohtuukäytön on todettu alentavan sairastuvuusriskiä sepelvaltimotautiin, sappikivi-tautiin, aikuistyyppin diabetekseen sekä dementiaan. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011.) Alkoholin kohtuukäyttäjillä on vähäinen riski saada alkoholihaittoja (Aalto & Seppä 2010, 25).

Alkoholinkäytön haittojen riskin arvioimiseksi Suomessa otettiin käyttöön vuonna 1992 alkoholin suurkulutuksen rajat. Tavoitteena oli, että terveydenhuollossa puututaan rajat ylittävään alkoholinkäyttöön. Ongelmaksi osoittautui, ettei termi suurkulutus erottanut ongelmakäytön eri tasoja, joten siitä luovuttiin ja se korvattiin termillä riskikäytön rajat. (Seppä, Aalto & Kiiänmaa 2012, 2543.) Riskikäytön rajat on asetettu tasolle, jolla alkoholin aiheuttamat sairaudet selvästi lisääntyvät. Rajat eivät ole turvallisen alkoholinkäytön rajat ja vähäisempikin alkoholinkäyttö voi aiheuttaa terveys-haittoja. (Aalto & Seppä 2009, 15.)

Alkoholin riskikäytön rajat ovat määritelty terveelle työikäiselle ihmiselle ja yksilöllisyys on huomioitava alkoholinkäyttöä arvioitaessa. Riskikäytön rajat määritellään alkoholiannoksina. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011; Aalto & Seppä 2010, 25.) Alkoholiannoksessa on 10 - 11 g alkoholia ja yksi alkoholiannos on esimerkiksi 0,33 l pullo keskialtuta, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää viinaa (Aira 2012, 409). Riskikäytön rajat ovat naisilla viisi alkoholiannosta kerralla ja 16 viikossa sekä miehillä seitsemän kerralla ja 24 viikossa (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus, 2011; Aalto & Seppä 2010, 25). Säännöllisesti päivittäin käytettynä

riskikäytön raja on naisilla kaksi ja miehillä neljä alkoholiannosta (Alkoholiongelman hoito: Käypä hoito -suositus, 2011). Yli 65-vuotiailla riskikäytön rajat ovat kaksi alkoholiannosta päivässä ja seitsemän viikossa (Aira 2012, 409).

2.2 Alkoholin ongelmakäyttö

Alkoholin ongelmakäytössä vaikeusaste vaihtelee lievästä vaikea-asteiseksi (Niemelä 2012, 395). Alkoholin ongelmakäytöstä on kyse silloin kun alkoholinkäyttöön liittyy jokin haitta tai riski haitan syntymisestä (Aalto & Seppä 2009, 11). Ongelmakäytön tasot voi terveydenhuollossa erottaa toisistaan vain haastattelun avulla. Ne kuvaavat kansalaiselle aiheutuvaa riskiä alkoholinkäytöstä ja ohjaavat oikean hoidon valinnassa. Tämän vuoksi ongelmakäytön tasojen ymmärtäminen terveydenhuollossa on erittäin tärkeää. (Aalto 2009, 891 - 892.) Alkoholin ongelmakäyttö jaetaan kolmeen toisensa poissulkevaan luokkaan, jotka ovat: (Aalto & Seppä 2009, 11) **riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus** (Aalto & Seppä 2010, 25).

Riskikäytössä alkoholinkäyttö ylittää riskikäytön rajat, mutta merkittäviä alkoholinhaittoja tai alkoholiriippuvuutta ei ole vielä kehittynyt. Vaikka alkoholinkäyttö ei ylittäisi riskikäytön rajoja, riskikäyttöä on jos tiettyyn tilanteeseen liittyvä tilanneraittius ei toteudu esimerkiksi liikenteessä tai jos alkoholinkäyttö pahentaa sairauksia kuten masennusta. (Aalto & Seppä 2010, 25 - 26.) Alkoholin riskikäyttäjän on helpompi vähentää alkoholinkäyttöään kuin alkoholiriippuvaisen (Aalto & Seppä 2009, 13).

Alkoholin riskikäytön jatkuessa voi ilmetä selvästi tunnistettavia ja määriteltävissä olevia fyysisiä tai psyykkisiä haittoja. Kyse on alkoholin haitallisesta käytöstä jos alkoholinkäytön haitoista huolimatta kansalainen ei vähennä alkoholinkäyttöään, mutta riippuvuutta ei vielä ole kehittynyt. Alkoholin haitallinen käyttö löytyy ICD - 10 tautiluokituksesta ja on siten diagnosoitavissa. (Aalto & Seppä 2010, 26.) Haitallisesti alkoholia käyttävä pystyy vähentämään alkoholinkäyttöään, mutta jos se ei yrityksistä huolimatta onnistu on pohdittava alkoholiriippuvuuden mahdollisuutta (Aalto & Seppä 2009, 13).

Alkoholiriippuvuudessa kansalaisen on vaikea hallita alkoholinkäyttöä ja siitä tulevia haittoja, ainakin ajoittain (Huttunen 2013; Aalto & Seppä 2009, 13). Halusta huolimatta alkoholinkäytön vähentäminen tai lopettaminen on alkoholiriippuvaiselle hankalaa (Huttunen 2013). Alkoholiriippuvuus on ICD - 10 tautiluokituksesta löytyvä oireyhtymä, jonka diagnosointiin sisältyy kuusi kriteeriä. Kriteereistä kolmen on esiinnyttävä yhtäaikaaisesti toistuvasti viimeisen vuoden aikana tai yli kuukauden ajan.

Alkoholiriippuvuuden kriteerit ovat

- voimakas ja pakonomainen tarve käyttää alkoholia
- heikentynyt kyky hallita alkoholinkäytön aloittamista, lopettamista tai määriä
- vieroitusoireet alkoholinkäytön lopettamisen ja vähentämisen yhteydessä
- alkoholin sietokyvyn (toleranssin) kasvu
- alkoholinkäyttö ja sen vaikutuksista toipuminen vie kaiken ajan sekä
- alkoholinkäytön jatkuminen haitoista huolimatta. (Aalto & Seppä 2010, 27.)

2.3 Alkoholien ongelmakäytön tunnistaminen ja siihen puuttuminen terveydenhuollossa

Hallitusohjelman terveystalvueluiden päihdepolitiikassa korostetaan varhaisen puuttumisen tehostamista ja todettujen vaikuttavien toimintojen käyttöä alkoholin liiallisen käytön ehkäisemiseksi (Hallitusohjelma 2011, 61). Alkoholinkäyttö ei näy päälle päin, eivätkä kansalaiset ota sitä yleensä itse puheeksi. Tämän vuoksi ammattilaisten tulee aktiivisesti ottaa puheeksi kansalaisten alkoholinkäyttö. (Mikkonen 2007, 4748.) Suurimmalla osalla alkoholien ongelmakäyttäjistä alkoholi ei ole vielä aiheuttanut merkittäviä haittoja (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 16) ja heidän tunnistaminen terveydenhuollossa on erityisen tärkeää (Mikkonen 2007, 4748). Usein terveydenhuollossa alkoholien ongelmakäyttäjäksi mielletään kansalainen vasta kun merkittäviä terveydellisiä tai sosiaalisia ongelmia on jo kehittynyt (Niemelä 2012, 395; Aalto ym. 2008, 16). Tämä vaikuttaa mielikuvaan alkoholien ongelmakäyttäjien hoidon haasteellisuudesta, koska haittojen ja sosiaalisen syrjäytymisen jälkeen kansalaisen ennuste heikkenee merkittävästi (Niemelä 2012, 395; Mikkonen 2007, 4748).

Asennoituminen alkoholin ongelmakäytön tunnistamista ja puuttumista kohtaan terveydenhuollossa on pääasiassa positiivinen (Koivisto, Heinälä, Helminen & Seppä 2013, 2923). Tästä huolimatta puheeksiotto toteutuu vain harvoissa tilanteissa (Kuokkanen & Seppä 2012, 1322). Alkoholinkäyttöön puuttumisen esteenä pidetään muun muassa ajan ja tiedon puutetta (Koivisto ym. 2013, 2923). Päihdeosaamista tuleekin kehittää sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa (Niemelä 2012, 395). Tehostamalla peruspalveluissa tarjottavaa varhaisen vaiheen hoitoa voidaan ennaltaehkäistä sairauksien pahenemista ja pitkittymistä (Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009, 14).

3 Kansalaisen vahvistunut rooli terveydenhuollossa ja sen tietoteknologian hyödyntämisessä

3.1 Kansalaisen omahoito

Kansalainen vastaa terveydestä ja terveydenedistämisestä ensisijassa itse. Omilla valinnoillaan hän voi vahvistaa tai henkentää terveyttään. (Terveyden edistämisen laatusuosituksen 2006, 13, 15.) Terveydenhuollossa kansalaiset nähdään aiempaa enemmän aktiivisessa roolissa palveluiden käyttäjänä, joka edellyttää palvelujen suunnittelemiselta ja tuottamiselta uudenlaista näkökulmaa (Vaajakallio & Mattelmäki 2013, 72).

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää, että potilaalla on oikeus saada tieto hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista. Ammattilaisen on annettava tieto riittävän ymmärrettävästi, jotta potilas voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa painotetaan kansalaisten omatoimisuuden tukemisen huomioimista (Edelläkävijä terveyteen 2011, 6) ja hoitotyön strategiassa sekä terveyden edistämisen toimintaohjelmassa korostetaan kansalaisten ja heidän perheidensä osallisuuden, omahoidon ja

omasta terveydestä huolehtimisen edistämistä (Hoitotyön strategia 2012; Terveyden edistämisen toimintaohjelma 2012, 6).

Omahoidossa kansalainen on toimija, elämäntapamuutoksen ja hoidon toteuttaja (Koikkalainen, Ahonen, Ruorainen, Hänninen, Kuusinen, Tiikkainen, Kettunen, Honkanen & Kumpusalo 2012, 19; Routasalo & Pitkälä 2009, 5) ja hänellä on oikeus tehdä päätökset elämäntapojaan ja hoitoaan koskien (Routsalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2355). Etenkin kroonisissa sairauksissa, joissa ennaltaehkäisy ja hoidon seuranta painottuvat, kansalaisen aktiivisuus on tärkeässä roolissa (Grazhdankin 2013, 9). Omahoidossa voidaan nähdä kolme ulottuvuutta: kyky hoitaa itseään hyvin lääketieteellisestä näkökulmasta, sairaudesta huolimatta taito rakentaa ja ylläpitää uusia rooleja sekä sairauteen ja sen tuomiin tunteisiin sopeutuminen (Routsalo ym. 2009, 2356 - 2357). Omahoidon toteutumisen esteet voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, kognitiivisia, taloudellisia, sosiaalisia tai kultturellisia ja näiden ymmärtäminen sekä huomioiminen on tärkeää omahoitoa suunniteltaessa (Baumann & Dang 2012, 34, 37).

3.2 Tietoteknologian hyödyntäminen omahoidossa

Kansalaisten ongelmat ja tarpeet ovat muuttuneet elinympäristön kehittyessä sosiaalisella, teknologisella ja taloudellisella alueella (Miettinen 2011, 26). Internetin käyttö on lisääntynyt ja Euroopan unionissa yli puolet (56 %) kansalaisista käyttää internetiä joka päivä tai lähes joka päivä ja kaksi kolmesta (68 %) vähintään kerran viikossa (Seybert 2011, 1). Suomessa 16 - 89-vuotiaista kansalaisista 85 % käyttää internetiä (Yli neljännes 75 - 89-vuotiaista käyttää internetiä). Australiassa 16 - 24-vuotiaat kansalaiset käyttävän internetiä päivittäin keskimäärin 4,7 tuntia ja osan tästä ajasta he voivat käyttää etsien tietoa omahoidon tueksi (Ellis, Collin & Hickie 2012, 7 - 8). Terveyteen liittyvän tiedon etsiminen on kolmanneksi yleisin tapa käyttää internetiä (Seybert 2011, 5).

Tietotekniikan hyödyntäminen voi tuoda kansalaiselle mahdollisuuksia muokata ja hallita omia terveystietoja, joka kannustaa kansalaista toimimaan myönteisesti oman

terveytensä eteen (Grazhdankin 2013, 6). Hyvin suunniteltu ja käyttöönotettu tietoteknologinen palvelu voi lisätä pitkäaikaissairaiden elämänlaatua (Siminerio 2010, 470). Kansalaisilla tulee olla käytössä päätöksenteon tukeen liittyviä verkkopalveluita, jotka tuottavat luotettavaa tietoa terveyden edistämiseen, sairauksiin, oireisiin ja sairauden hoitoon liittyvistä asioista sekä interaktiivisia sähköisiä palveluita (Suomen eTerveys-tiekartta 15, 20).

Tutkimuksessa internet arvioitiin ammattilaisten jälkeen toiseksi tärkeimmäksi terveystiedon lähteeksi (Terveystiedonhuoltobarometri: Lähes puolet suomalaisista arvioi Suomen terveydenhuollon ja sairaanhoidon huonontuneen 2008). Rädyn (2011, 45) tekemän tutkimuksen mukaan internetin valtavasta terveystiedon määrästä yleisimmin haetaan tukea lääkärin tai hoitajan vastaanoton jälkeen diagnoosin ja hoito-ohjeiden varmistamiseksi. Internetiä käytetään myös omahoitoon liittyvissä tarpeissa sekä rauhoittamaan mieltä esimerkiksi jonkin oudon oireen vuoksi. Internetistä haetaan harvoin tietoa yleisistä sairauksista, poikkeuksena arkaluontoisena koetut vaivat, kuten alkoholiongelmat.

Omahoitoon räätälöity palautteen antoa sisältävä internet-sivusto voi olla tehokas tukimuoto alkoholin riski- ja haittakäyttäjille alkoholinkäytön vähentämiseksi (Schulz, Candel, Kremers, Reinwand, Jander & Vries 2013). Kansallisia ja kansainvälisiä alkoholinkäytön omahoitoon liittyviä internetsivustoja on käytössä useita. Seuraavassa muutamia esimerkkejä

- [Päihdelinkki](#)-sivusto, jossa on runsaasti tietoa päihteisiin ja riippuvuuksiin liittyen. Sivustolla suosittua on muun muassa Audit-kysely ja Jeppe-juomapäiväkirja. (Tukevaa tietoa, voimaa valintoihin 2011.)
- [Tipaton](#)-sivusto, jossa kannustetaan alkoholinkäytön vähentämiseen muun muassa puhelimeen ladattavan Ottomitta-palvelun avulla (Tipaton).
- [Taitolaji](#)-sivusto, joka tarjoaa kattavasti tietoa ja testejä alkoholinkäyttöön liittyen kansalaisille ja ammattilaisille (Alkoholinkäyttö on taitolaji).
- Useiden kaupunkien tai kuntien omahoitosivustoilla on tietoa alkoholinkäyttöön liittyen, kuten [Espoon](#) (Alkoholi 2013).

- Saksassa on käytössä [Change Your Drinkin](#) alkoholinkäytön omahoito-sivusto, joka tarjoaa juomapäiväkirjan ja siihen liittyvän palautteen annon (Tensil, Jonas & Strüber 2013).
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism ja USA government ovat laatineet kattavan sivuston alkoholinkäyttöön ja itsehoitoon liittyen ([Rethinking drinking](#)).
- [Patient.co.uk](#)-sivusto tarjoaa luotettavaa tietoa ja erilaisia palveluita terveydestä ja omahoidosta myös alkoholinkäyttöön liittyen (Patient.co.uk.).
- [National council on alcoholism and drug dependence](#), inc-sivusto tarjoaa kattavasti tietoa alkoholinkäyttöön liittyvistä asioista (National Council on Alcoholism and Drug Dependence).

Edellä esitetyt alkoholinkäyttöön liittyvät omahoitoa tukevat internet-sivustot ovat hyvin erilaisia. Osa sivustoista on laajoja ja käsittelevät aihetta useasta eri näkökulmasta, kuten päihdelinkki- ja Rethinking drinking -sivustot. Osassa sivustoista alkoholinkäyttöön liittyvää tietoa on niukasti tai sivustolla on keskitytty tiettyyn elementtiin kuten juomapäiväkirjaan tai peliominaisuuksiin esimerkiksi tipaton-sivustolla. Sivustot täydentävät toisiaan ja tarjoavat monipuolisesti erilaisia sisältöjä alkoholinkäyttöön liittyvään omahoidon tukeen. Sivustojen runsaasta tarjonnasta kansalaisten voi olla haastavaa löytää itselleen sopiva tuki.

3.3 Sähköinen asiointi omahoidossa

Sähköinen asiointi on tietojen käsittelyä, välittämistä ja vaihtamista (Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö 2009, 52; Serkkola 2006, 31) sähköistä palvelukanavaa kuten www-sivuja, sähköisiä lomakkeita, tekstiviestejä, sähköpostia ja tulevaisuudessa digitelevisiota ja muita PDA-päätelaitteita ja niiden ohjelmistoja hyödyntäen (Serkkola 2006, 31). Siihen liittyy yleensä mahdollisuus sähköisen viestin lähettämiseen, johon vastaanottaja reagoi aktiivisella vastauksella, tietojärjestelmän passiivisella tiedolla tai täysin automaattisella vastauksella (Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö 2009, 52). Sähköisiä palveluja ovat muun muassa ajanvarauspalvelu ja omahoitosivustot (Sähköinen asiointi terveydenhuollossa).

Terveydenhuollon sähköisten palveluiden kehittämistä toivoin vuonna 2008 toteutetun terveydenhuollonbarometriin vastaajista yli 70 prosenttia. Kyselyssä toivottiin ajanvarauspalvelua, omien tietojen katseluoikeutta, tutkimustulosten saamista sekä sähköisten lomakkeiden täyttömahdollisuutta. (Terveydenhuoltobarometri: Lähes puolet suomalaisista arvioi Suomen terveydenhuollon ja sairaanhoidon huonontuneen 2008.) Nuorille tärkeää on mahdollisuus ottaa suoraan yhteyttä ammattilaiseen ja hakea tietoa sekä tukea itsenäisesti ja anonymisti (Ellis ym. 2012, 10).

Kansalaisille on enenevässä määrin tarjolla mahdollisuuksia sähköiseen ajanvaraukseen, viestinvälitykseen suojatun internet-yhteyden välityksellä ammattilaisen ja kansalaisen välillä sekä videokonsultaatiopalveluihin (Hyppönen & Niska 2008, 15 - 16). Esimerkiksi astmaatikkojen uloshengityksen huippuvirtaus (pef)-seurantaan liittynyt kokeilu osoitti tietotekniikan hyödyntämisen viestinvälityksessä kansalaisen ja ammattilaisen välillä toimivan hyvin (Vilkman, Ekroos, Lehikoinen, Pakkanen & Ranta 2010, 3524) ja Oulussa sähköinen Omahoito-asiointipalvelu koettiin tärkeänä. Omahoito, tarjoaa kansalaiselle muun muassa terveystietoa, johon voi tallentaa itse tekemiään terveystietoja, mahdollisuuden omien laboratoriotulosten tulkintaan sekä verkkoneuvontaan. Omahoitopalvelu muuttaa kansalaisen roolin passiivisesta aktiiviseksi oman terveyden ja hyvinvoinnin asiantuntijaksi. (Angeria, Hirvasniemi & Inget 2011, 26 – 28.)

4 Ammattilaisen rooli omahoidontuessa ja sen tietoteknologisissa sovellutuksissa

4.1 Ammattilaisen tarjoama omahoidontuki

Omahoidon tuessa pyritään tukemaan kansalaista ja hänen perhettään sairauteen liittyvissä asioissa (Koikkalainen, Ruoranen, Ahonen, Kuusinen & Kettunen 2013, 9). Omahoitoa tukiessa ammattilainen toimii kansalaisen yhteistyökumppanina ja valmentajana auttaen häntä saavuttamaan parhaan mahdollisen elämänlaadun sai-

raudestaan huolimatta (Koikkalainen ym. 2012, 19; Routasalo ym. 2009, 2351). Ammattilainen tukee kansalaisen omahoitoa vahvistamalla voimaantumista, autonomiaa, motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta, jotta kansalaisella on tunne siitä, että hän pystyy vaikuttamaan omaan terveyteensä (Routasalo ym. 2009, 2351). Omahoitovalmiuden arvioimisessa voi käyttää apuna Prochaskan muutosvaihemallia (ks. kuvio 1). Muutosvaihemallin vaiheet eivät etene lineaarisesti, joskus kansalainen palaa vaiheissa taaksepäin ja kaikkien vaiheiden aikana voi sattua retkahduksia. Kansalaisen muutosvaiheen tunnistamalla ammattilainen pystyy toimimaan tilanteen vaatimalla tavalla. (Routasalo & Pitkälä 2009, 17.)

Osa-alue	
Esiharkinta	Kansalainen ei ole ajatellut elintapojensa muuttamista ja ammattilaisen tehtävänä on auttaa häntä tunnistamaan elintapojensa riskit.
Harkinta	Kansalainen on havainnut elintapojensa riskit ja harkinnut muutosta, mutta ei ole vielä toteuttanut muutosta. Ammattilaisen tulee auttaa kansalaista punnitsemaan muutoksen etuja ja haittoja, jolloin hän tulee tietoisemmaksi ongelmistaan.
Päätöksenteko	Kansalainen on motivoitunut muutoksen tekemiseen ja tekee pieniä muutoksia elintavoissaan. Ammattilaisen tulee rohkaista ja tukea häntä muutoksessa ja auttaa asettamaan saavutettavissa olevia pieniä tavoitteita.
Toiminta	Kansalainen toimii aktiivisesti elintapojaan muuttaen. Ammattilainen antaa myönteistä palautetta onnistumisista ja retkahdustilanteista huolimatta rohkaisee jatkamaan eteenpäin.
Ylläpito	Kansalainen on sisäistänyt elintapamuutoksen ja uusi elintapa on hänelle luontevaa. Ammattilainen tukee muuttunutta elintapaa myönteisen palautteen avulla.

Kuvio 1. Muutosvaihemalli (Routasalo & Pitkälä 2009, 17, 31 - 32; Saarnio & Knuuttila 2006, 33, muokattu)

Alkoholiongelmisten omahoidon tuessa muutosvalmiuden tunnistaminen on tärkeää, se vaikuttaa yksilöllisen hoidon suunnitteluun ja hoidon jatkuvuuteen (Saarnio & Knuuttila 2006, 33). Omahoidon tuessa yksilölliset kontaktit, joissa ammattilainen käyttää motivoivaa haastattelua ja antaa kansalaiselle yksilöllistä palautetta, ovat merkittäviä (Carey, Scott-Sheldon, Carey & DeMartini 2007, 2078). Motivoivan haastattelun on todettu olevan tehokas etenkin alkoholin riski- ja haittakäyttäjille tai kun

alkoholiriippuvuus ei ole vielä pitkälle edennyt (Lahti, Rakkolainen & Koski-Jännes 2013, 2064; Stewart 2012, 933, 937; Vasilaki, Hosier & Cox 2006, 332). Sen avulla tavoiteltuja muutoksia saavutetaan lyhyemmässä ajassa kuin pitkäkestoisilla hoidoilla kuten kognitiivisella käyttäytymisterapialla (Lahti ym. 2013, 2064; Vasilaki ym. 2006, 333).

Ennen merkittävien alkoholinhaittojen syntymistä, alkoholinkäytön puheeksiottoon, riskikulutuksen tunnistamiseen ja alkoholinkäytön vähentämiseksi annettuun neuvontaan (Fors, Heimala, Kejonen, Pitkänen, Strand, Tamminen & Tenkanen 2012, 18), mini-interventio on kustannustehokas menetelmä (Aalto & Seppä 2009, 21). Mini-intervention tavoitteena on alkoholin riski- ja haittakäyttäjien alkoholin kulutuksen vähentäminen (Mäkelä, Seppä & Havio 2012, 1166; Kaner, Dickinson, Beyer, Campbell, Schlesinger, Heather, Saunders, Burnand & Pienaar 2009). Noin 10 % alkoholin riski- ja haittakäyttäjistä siirtyy kohtuukäyttäjäksi tai lopettaa alkoholinkäytön mini-intervention tuella (Aalto & Seppä 2009, 20). Nämä vaikutukset säilyvät yhden tai useamman vuoden ajan (Aalto & Seppä 2009, 20; Kaner ym. 2009; Nilsen ym. 2006, 6). Suomessa kymmenentuhannet alkoholin ongelmakäyttäjät hyötyisivät mini-interventiosta, jos sitä toteutettaisiin systemaattisesti terveydenhuollossa (Nilsen 2010, 955; Aalto 2009, 892).

Mini-interventiolla ei ole todettu olevan haittavaikutuksia (Jonas, Carbutt, Amick, Brown, Brownley, Council, Viera, Wilkins, Schwartz, Richmond, Yeatts, Evans, Wood & Harris 2012, 651), mutta alkoholiriippuvaisille se ei ole riittävä hoitomuoto. Sitä voidaan kuitenkin käyttää, mikäli alkoholiriippuvaiset eivät ole halukkaita sitoutumaan muuhun hoitoon (Nilsen 2010, 955; Aalto & Seppä 2009, 20; Nilsen ym. 2006, 6), mini-intervention hoitomotivaatiota ehkä lisäävän vaikutuksen vuoksi (Aalto 2009, 892). Estäviä tekijöitä mini-intervention käyttöön on useita: kiire ja niukat resurssit, terveystieteiden päätösten heikko tuki, riittämätön koulutus sekä omien kykyjen riittämättömänä kokeminen. Lisäksi estäviä tekijöitä ovat kohderyhmän epäselvyys ja tunnistamisen vaikeus, selkeiden ohjeiden puute, epävarmuus puuttua alkoholinkäyttöön, potilastietojärjestelmien puutteet sekä väärin ajateltu asiakkaan yksityisyyden suoja. (Kuokkanen & Korpilähde 2008, 22.)

Mini-interventiossa Audit-kysely toimii hyvin työikäisten alkoholinkäytön kartoittamisessa (Aalto ym. 2008, 17). Audit (Alcohol Use Disorders Identification Test) on Maailman terveysjärjestön (WHO) laatima menetelmä (Seppä 2006, 7), jonka avulla laskeaan alkoholinkäyttöä kuvaavia riskipisteitä (Fors ym. 2012, 18). Audit tunnistaa noin 80 % alkoholin ongelmakäyttäjistä. Näistä testin avulla tunnistetuista ongelmakäyttäjistä noin 20 % eivät todellisuudessa ole alkoholin ongelmakäyttäjiä. (Aalto & Seppä 2009, 16.)

4.2 Tietoteknologian hyödyntäminen terveydenhuollossa

Terveydenhuollon tietoteknologian käytön tarkoituksena on edesauttaa kansalaisen ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta ja tiedonsiirtoa (Säynäjäkangas, Andersen, Lampela & Keistinen 2011, 664; Dancer & Courtney 2010, 582; Siminerio 2010, 472; Winblad ym. 2012, 136). Tietoteknologia parantaa terveydenhuollon palvelujen laatua ja tuottavuutta (Siminerio 2010, 470; Vilkmann ym. 2010, 3523; Hyppönen & Niska 2008, 26) sekä tasapuolistaa palvelujen saatavuutta kun fyysisten välimatkojen merkitys häviää (Grazhdankin 2013, 6). Tietoteknologian hyödyntämisen etuina terveydenhuollossa on sen edullinen hinta, saatavuus ja kehittämismahdollisuudet (Carey, Scott-Sheldon, Elliott, Garey & Carey 2012, 609; Linke, Murray, Butler & Wallace 2007). Käyttöönoton ehtona on, että se koetaan selkeäksi hyödyksi työtehtävissä, se vastaa käyttäjien tarpeisiin ja on helppo käyttää (Hyppönen & Niska 2008, 26).

Terveydenedistämisen internet-sivuston tehtävänä on tiedon levittäminen terveellisistä elämäntavoista (Sundgren 2013, 34). Internet-sivuston laadun takaamiseksi pitäisi sivustoa kehitettäessä ammattilaisten noudattaa kansainvälisiä standardeja ja suuntaviivoja (Athanasopoulou, Hätönen, Suni, Lionis, Griffiths & Välimäki 2013, 9) ja kiinnittää huomiota sivuston käytettävyyteen (Sundgren 2013, 34). Sveitsiläisen Health on the Net Foundation julkaisema HON-koodi on väline, jonka avulla voidaan arvioida internetin sisältämän terveystiedon luotettavuutta (The commitment to reliable health and medical information on the internet). Internetin sisältämän terveystiedon periaatteena on, että tieto perustuu puolueettomaan tietoon ja on ammattilaisten julkaisemaa. Jos tieto ei ole ammattilaisen tuottamaa, se tulee erikseen mai-

nita. Sivustolla oleva tieto ei korvaa vaan tukee hoitosuhdetta ja terveydenhuollon salassapitovelvollisuus pätee myös internet- palvelua käytettäessä. Sivulle on merkittävä asianmukaisesti lähdeviitteet, mielellään myös HTML-linkki tiedonlähteeseen ja tiedon päivittämisen ajankohta. Sivuston tulee olla selkeä ja siinä pitää olla helposti löydettävissä lisätiedon antajan ja ylläpitäjän yhteystiedot. Palvelimen saama mahdollinen ulkopuolinen tuki ja mainonta tulee sivustolla erottua selkeästi. (HON-koodin periaatteet.)

Terveystieto-sivustossa tärkeintä on laadukkuuteen ja tieteelliseen näyttöön perustuva sisältö, jonka tulee olla perusteltua, virheetöntä, ajantasaista, ymmärrettävää ja helppolukuista. Hyperlinkkejä ei saa olla liikaa ja niiden tulee olla toimivia, päivitettyjä ja samaa aihealuetta koskettavia sekä paikallisista palveluista kertovia. Sivuston interaktiivisuus ammattilaisen tai vertaistuen välillä voi lisätä osallistujien sitoutumista terveyttä edistävään toimintaan. Audiovisuaalisuus eli äänen, kuvan ja videon liittäminen lisää sivuston käytettävyyttä. Sivuston ulkoasun on tärkeää olla ammatillinen ja selkeä ja siinä on kiinnitettävä huomiota kuvien ja tekstin kokoon, sijoitteluun ja väreihin. Sivuston selkeä aloitussivu ja puurakenne luovat pohjan toimivalla sivustolle. Sivustolla pitää olla myös palaute osio, jonka myötä sivuston ylläpitäjä voi kehittää palvelua. (Sundgren 2013, 34 - 36.) Etenkin nuoriin miehiin vetoaa sivustot, joissa on peli, musiikki ja video ominaisuuksia (Ellis ym. 2012, 10). Internet-sivuston tehokkuus todennäköisesti lisääntyy, jos sen käyttö liitetään johonkin kampanjaan tai perusterveydenhuollon rutiineihin (White, Kavanagh, Stallman, Klein, Kay-Lambkin, Proudfoot, Drennan, Connor, Baker, Hines & Young 2010).

Terveydenhuollon henkilöstöllä on hyvä tietoteknologinen osaaminen ja internet-yhteydet sekä erilaiset päätöksenteontuki ja konsultaatiopalvelut ovat hyvin saatavilla (Suomen eTerveys-tiekartta 13). Ajantasaisen näyttöön perustuvan tiedon hyödyntäminen päätöksenteon tuessa on tärkeää (Decision Support; Koikkalainen ym. 2013, 10; Dancer & Courtney 2010, 582), se lisää ammattilaisten varmuutta työssään (Holm & Severinsson 2012, 519) ja auttavat ammattilaista tukemaan kansalaista omahoidossa (Decision Support; Dancer & Courtney 2010, 582). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön strategiassa nostetaan tärkeäksi tietoteknologian hyödyntäminen

potilasohjauksessa sekä muun muassa potilaslähtöinen näyttöön perustuva hoitotyö (Hoitotyön strategia 2012).

Näyttöön perustuvan tiedon käyttöönottoa terveydenhuollossa tulee edistää (Adams, Smith, Allan, Anzueto, Pugh & Cornell 2007, 552). Duodecimin terveystietokanta ja käypä hoito-suositukset ovatkin laajasti käytössä terveydenhuollossa (Suomen eTerveystietokanta 13). Terveystietokanta sisältää näyttöön perustuvaa tietoa (Terveystietokanta) ja kansalliset Käypä hoito-suositukset sisältävät tärkeitä kansalaisten terveyttä ja sairauksien hoitoa sekä ehkäisyä koskevia asioita (Käypä hoito- suositukset). Alkoholiongelmaisen hoitoon on laadittu oma käypä hoito-suositus, jonka tavoitteena on parantaa ja selkeyttää hoitoa alkoholiongelmaisen kohdalla sekä lisätä tietoa alkoholiongelmaista ja vaikuttaa asenteisiin (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito-suositus, 2011). Suomalainen Lääkäriseura Duodecim sekä Kustannus Oy Duodecim kehittämä Evidence-Based Medicine electronic Decision Support (EBMeDS): päätöksenteon tukijärjestelmän. Sen tarkoituksena on yhdistää potilaskertomukseen kirjattu potilaan tilaa kuvaava tieto hoitosuosituksiin ja tuottaa käyttäjälle potilaan tilanteeseen räätälöityjä toimintaohjeita. (EBMeDS 2011.)

Luvussa 3.2 esiteltiin muutamia alkoholinkäytön omahoitoon liittyviä internet-sivustoja, joita myös ammattilaiset voivat hyödyntää. Lisäksi ammattilaisille on tarjolla useita sivustoja alkoholinkäyttöön liittyvän kansalaisten omahoidon tukemiseen muun muassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tuottama sivusto [alkoholista](#) (Alkoholin, tupakka ja riippuvuudet 2014).

4.3 Sähköinen asiointi omahoidon tuessa

Erilaisten sähköisten terveydenhuollon palvelujen kysyntä ja tarjonta on kasvanut nopeasti. Näiden palveluiden käyttö edellyttää ammattilaisilta hyviä ohjausresursseja ja kansalaisilta myönteistä asennoitumista omahoitoon sekä tietoteknologian hyödyntämiseen terveydenhuollossa. Sähköisiä palveluita käytettäessä omahoidon tuen haasteena on motivaation synnyttäminen ja sen ylläpitäminen, johon hyvin rakennettu järjestelmä pystyy vastaamaan. (Hyppönen & Niska 2008, 15, 24 - 25.) Terveystietokanta

denhuollon sähköisen asioinnin tavoitteena on palvelujen parantuminen keskeisten tavoitteet mukaisesti (ks. kuvio 2.) (Rasinen & Deloitte 2012, 21).

Hyöty	Kuvaus
Kustannustehokkuus	Ammattilaisen ajansäästö, erityisesti jos viestitystä voidaan automatisoida, ei postituskustannuksia.
Resurssien tehostunut käyttö	Maantieteellisesti resurssien hajonnan tarve vähenee, eikä joka alueen osaajia tarvita joka paikkakunnalla.
Paikasta riippumaton palvelu	Palvelu ei ole paikasta riippuvaista.
Kansalaisen ajansäästö	Sähköinen asiointi korvaa osan puhelinsoitoista ja vastaanottokäytteistä.
Tietoturva	Viestintä on tietoturvallista, vain kansalaisella on mahdollisuus päästä käsiksi viesteihinsä.
Hoitoprosessit tarkoituksemukaisemmiksi	Sähköisen asioinnin avulla hoitoprosesseja voidaan muuttaa tarkoituksenmukaisemmiksi.
Ajankohdasta riippumaton palvelu	Palvelu on käytettävissä 24 / 7.
Helpotusta hoitotakuun toteutumiseen	Sähköisen asioinnin kautta voidaan hoitaa ei kiireelliset yhteydenotot. Puhelinpalveluun vapautuu aikaa kiireellisiin yhteydenottoihin ja hoitotakuun piirissä olevaan palveluun.

Kuvio 2. Keskeiset tavoitteen terveydenhuollon sähköiselle asiointille (Rasinen & Deloitte 2012, 21, muokattu)

Tehostetulla verkkopohjaisella tuella ja ohjauksella voidaan edistää ja tukea kansalaisen hoitoon sitoutumista (Lunnela 2011, 99). Alkoholiriippuvaisen hoidossa sähköisen asioinnin hyödyntäminen omahoidon tuessa voi tukea hoitoa. Mini-interventiossa sen on osoitettu lisäävän motivaatiota ja vähentävän ongelmia aiheuttavaa alkoholinkäyttöä. Internetin kautta toteutettu interventio tarjoaa vaihtoehtoisen ja helposti tavoitettavan tuen alkoholin ongelmakäyttäjille ja se on tehokkaampaa kuin yksittäinen arviointi tai yleinen valistus. (Gustafson, Boyle, Shaw, Isham, McTavish, Richards, Schubert, Levy & Johnson 2011, 335.)

5 Kehittämistyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa alkoholinkäyttöön liittyvä omahoitoa tukeva sisältökokonaisuus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen Hyvis-terveysportaaliin. Sisältökokonaisuus tarjoaa välineitä sekä työikäisille kansalaisille alkoholinkäyttöön liittyvään omahoitoon että terveydenhuollon ammattilaisille alkoholinkäytön puheeksiottoon, varhaiseen puuttumiseen sekä kansalaisen omahoidon tukemiseen. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää sisältökokonaisuus palvelumuotoilua hyödyntäen yhteistyössä kansalaisista ja ammattilaisista koottujen ryhmien kanssa, osallistavilla menetelmillä.

Jatkossa tässä työssä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin hyvis-sivustolle kehitettävästä alkoholinkäyttöön liittyvästä omahoitoa tukevasta sisältökokonaisuudesta käytetään nimitystä sisältökokonaisuus.

6 Hyvis-terveysportaalin sisältökokonaisuuden toteutuksen suunnitelma

6.1 Hyvis-terveysportaali

Hyvis-terveysportaalin (Hyvis) kehittämistyö alkoi Mikkelin ammattikorkeakoululla 2000-luvun alussa ja se siirtyi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin omistukseen vuonna 2004. Sairaanhoitopiiri kehitti sähköistä asiointia lähes kymmenen vuoden ajan, johon liittyi useita erillisiä kansallisia hankkeita. (Paukkala 2013.) Fujitsu Finland Oy:n ja Medi-IT:n yhteistyönä toteutettu sähköinen asiointialusta Hyvis otettiin ensin käyttöön neljässä sairaanhoitopiirissä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden, Etelä-Savon ja Itä-Savon sairaanhoitopiirien sekä Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän alueella. Syksyllä 2013 Keski-Suomen sairaanhoitopiiri liittyi Hyviksen käyttäjäalueeseen. Näiden toimijoiden jälkeen Hyviksen toiminta-alueella oli yli 420 000 kansalaista ja noin 10 000 ammattilaista. (Medi-IT ja Fujitsu toimittivat sai-

raanhoitopiireille Hyvis-asiointialustan.) Sittenmin Hyviksen käyttö on levinnyt Päijät-Hämeeseen ja laajenee tammikuusta 2015 alkaen Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin alueelle (Sundgren 2014a). Hyviksen käyttöalue tammikuusta 2015 alkaen (ks. kuvio 3).



Kuvio 3. Hyviksen toiminta-alue 2015 alkaen (Sundgren 2014a)

Hyvis tarjoaa alueellisen kokonaisratkaisun kansalaisen sähköiseen asiointiin ja monipuolisen sekä monikanavaisen sähköisten palveluiden kehittämismahdollisuuden (Paukkala 2013) ei-kaupallisella sivustolla. Sen etuina ovat matala käyttökynnys ja tavoitettavuus. (Paukkala 2006.) Hyvis sisältää julkaisuportaalin sekä kansalaisten ja ammattilaisten asiointialustan (Paukkala 2013; Hyvis-palvelut tarjoavat terveystietoa kansalaisille ja mahdollistavat ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa turvallisen sähköisen viestinvälityksen ammattilaisten kanssa). Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on tehty linjaus siitä, että terveydenhuollon sähköinen asiointi keskitetään Hyvikseen (Sundgren 2014b).

Hyviksen julkaisuportaali on kaikille avoin ja sen tavoitteena on kansalaisten ohjaus ja motivointi omatoimiseen terveyden edistämiseen ja sähköisen asioinnin palvelujen käyttöön (Paukkala 2013; Hyvis-palvelut tarjoavat terveystietoa kansalaisille ja mahdollistavat ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa turvallisen sähköisen viestinvälityksen ammattilaisten kanssa). Julkaisuportaali tarjoaa luotettavaa, terveydenhuol-

lon ammattilaisten tarkistamaa tietoa hyvinvointiin ja terveyteen liittyvistä asioista. Sivuilta löytyy mahdollisuus terveyteen liittyvien testien ja seurannan toteuttamiseksi, tietoa terveellisten elämäntapojen edistämisestä sekä tukea muutosten tekemiseen. Sivuilta löytyy myös tietoa alueellisista sosiaali- ja terveyspalveluista sekä hyvinvointiaiheisista tapahtumista. (Tietoa Hyvis.fi sivustosta 2013.) Lisäksi julkaisuportaali sisältää blogeja, kolumneja ja mahdollisuuden anonyymiin verkkoneuvontaan (Paukkala 2013).

Kansalaisten Omahyvikseen tavoitteena on palvelujen löytyminen yhdestä paikasta. Sivustolle pitää kirjautua henkilökohtaisilla verkkopankkitunnuksilla tai mobiilivarmenteella ja luodaan sähköisen asioinnin sopimus. Tämä mahdollistaa turvallisen ja luotettavan sähköisen kanssakäymisen kansalaisen ja julkishallinnon välillä. (Tietoa Hyvis.fi sivustosta 2013; Paukala 2013.) OmaHyviksessä on lisäksi enenevässä määrin erilaisia esitietolomakkeita, jotka tulee täyttää ennen varsinaista käyntiä terveyspalveluissa (Hyvis-palvelut tarjoavat terveystietoa kansalaisille ja mahdollistavat ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa turvallisen sähköisen viestinvälityksen ammattilaisten kanssa).

Ammattilaisten Hyvikseen ammattilainen kirjautuu potilastietojärjestelmän kautta. Ammattilainen antaa kansalaiselle asiointioikeuden sähköiseen yhteydenpitoon, joka mahdollistaa turvallisen viestinvälityksen sekä erilaisten tulosten ja voinnin seurannan joustavassa aikataulussa tiettyyn ajankohtaan sidotun vastaanottokäynnin sijaan. (Hyvis-palvelut tarjoavat terveystietoa kansalaisille ja mahdollistavat ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa turvallisen sähköisen viestinvälityksen ammattilaisten kanssa.)

Käyntimäärät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Hyviksen etusivulla olivat tammikuussa 2014 yhteensä 5 738. Tämä on enemmän kuin monissa muissa Hyvistä käytävissä sairaanhoitopiireissä (Sundgren 2014b). Syyskuussa 2014 etusivun käyntimäärä oli yhteensä 3 538 ja sähköisen asioinnin sopimuksia luotiin 695 kappaletta. Tämä jälkeen sähköisiä sopimuksia oli Keski-Suomen alueella kaikkiaan 4176, joka on toiseksi eniten koko Hyviksen käyttöalueella. (Sundgren 2014c.)

Hyviksen neuvontapalvelu vaikuttaa positiivisesti kansalaisten omahoitoon ja sähköinen palvelu koetaan hyödyllisenä lisänä palvelujärjestelmässä (Jylhä 2007, 56). Klemola, Vinkanharju, Jylhä, Saranto ja Ensio (2006, 14, 18-19, 35) tutkivat Hyviksen käytettävyyttä kansalaisten näkökulmasta. Sairauteen liittyvän tiedon etsimiseen portaalilla oli käyttänyt 90 % ja terveellisistä elintavoista sekä palveluista tietoa oli etsinyt 70 % vastaajista. Sairauksien oireisiin, hoitoon, lääkkeiden vaikutuksiin, sivuvaikutuksiin ja palveluntarjoajien yhteystietoihin liittyvää tietoa pidettiin tärkeimpänä sisältönä Hyviksessä. Portaalin tarjoama tieto koettiin aiempaa tietoa vahvistavana, omia käsitteitä tukevana sekä uutta tietoa antavana. Hyviksen käyttö koettiin vähentävän yhteydenottotarvetta lääkäriin ja hoitajaan sekä innostavan itsehoitoon. Hyvis koettiin selkeänä ja helppokäyttöisenä.

6.2 Kehittämistyö sisältökokonaisuuden muodostamisen viitekehiksenä

Kehittämistyön lähtökohdat voivat olla moninaiset. Yleensä siihen kuuluu käytännön ongelmien ratkaisemista tai uusien ideoiden, tuotteiden tai palvelujen luomista ja toteuttamista (Ojansalo, Moilanen & Ritalahti 2009, 19; Rantanen & Toikko 2009, 3; Anttila 2007, 14), toimintojen tehostamista sekä ammattilaisten tai kansalaisten tarpeiden huomioimista. Kehittämistoiminnalla pyritään konkreettisen asian muuttamiseen, ei niinkään tutkitun tiedon tuottamiseen kuten tutkimuksessa. (Rantanen & Toikko, 2009, 3 - 4.) Kehittämistyö perustuu aina sille määriteltyihin tavoitteisiin ja tavoitteiden arviointiin (Anttila 2007, 15). Tämän kehittämistyön lähtökohtana on tarve tuottaa sisältökokonaisuus Hyvikseen Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelle. Kehittämistyössä huomioidaan kansalaisista ja ammattilaisista koostuvien ryhmien tarpeita.

Kehittämistyöhön valittavan menetelmäteoreettisen tausta tulee perustua kehittämistyölle asetettujen kysymysten selvittämiseen (Anttila 2007, 22) ja se antaa viitekehiksen, johon kehittämistyö pohjataan (Seppänen-Järvelä & Vataja 2009, 11). Määriteltäessä kehittämisotetta tulee miettiä onko tavoitteena kehittää teoriaa vai käytäntöä ja saadaanko tieto kehittäjän sisäisistä psyykkisesti koottavista tiedoista

vai kehittäjän ulkopuolella olevista asioista? Tutkimuksellinen ote tulee valita neljän paradigman väliltä tai se voi sisältää osa-alueita kaikista paradigmoista: positivistis-empiirinen, tulkinnallis-hermeneuttinen, kriittis-realistinen tai tutkinnallis-kokemuksellinen paradigma. (Anttila 2007, 22 - 24.)

Kehittämistyön tähdätessä käytännön tavoitteiden saavuttamiseen ja ulkopuolisten havaitsemiin tuloksiin, valitaan tutkimukselliseksi otteeksi kriittis-realistinen paradigma (Anttila 2007, 25). Tässä kehittämistyössä on tarkoituksena luoda käytäntöä palveleva sisältökokonaisuus yhteistyössä kansalaisista ja ammattilaisista koottujen ryhmien kanssa. Kehittämistyön tieteen paradigmaksi on siten valittu kriittis-realistinen paradigma.

Kehittämisessä oleellista on asian käyttökelpoisuus, joka määrittyy kehittämistoimintaan osallistuvan organisaation tai muiden työorganisaatioiden ja sidosryhmien näkökulmasta (Rantanen & Toikko 2009, 4). Hyvässä kehittämistyössä on arvioiva työote, jossa keskeistä on työn sisäinen logiikka ja työprosessien avaaminen (Anttila 2007, 23). Kehittämistoiminnassa suunnittelu, dokumentointi ja arviointi voivat korostaa tiedon luotettavuutta, mutta tämän lisäksi voidaan huomioida myös epäsystemaattinen kokemustieto (Ojasalo ym. 2009, 20; Rantanen & Toikko 2009, 7). Tämän kehittämistyön luotettavuutta pyritään lisäämään suunnittelun, dokumentoinnin ja arvioinnin myötä. Kehittämistyön luotettavuutta käsitellään tarkemmin pohdinta kappaleessa.

Kehittämistyössä järjestelmällisyys näkyy valintojen perusteluina ja dokumentointina. Kehittämistyön perusteltavuutta lisää tutkitun tiedon ja käytännön tiedon kokoaminen kehittämisen tueksi. Analyttisyyttä kehittämistyössä lisää erilaisten menetelmien käyttäminen ja kriittisyys näkyy hankitun tiedon, eri näkökulmien, omien valintojen, kehittämistyön prosessin ja tulosten arvioinnissa. (Ojasalo ym. 2009, 20 - 22.) Tämän kehittämistyön tueksi kootaan teoriatausta tutkittuun tietoon perustuen sekä käytännön tietoa ammattilaisilta ja kansalaisilta. Käytännön tiedon kokoamisessa hyödynnetään osallistavia menetelmiä ja kehittämistyön eri vaiheita arvioidaan kriittisesti.

6.3 Palvelumuotoilu kehittämistyön menetelmänä

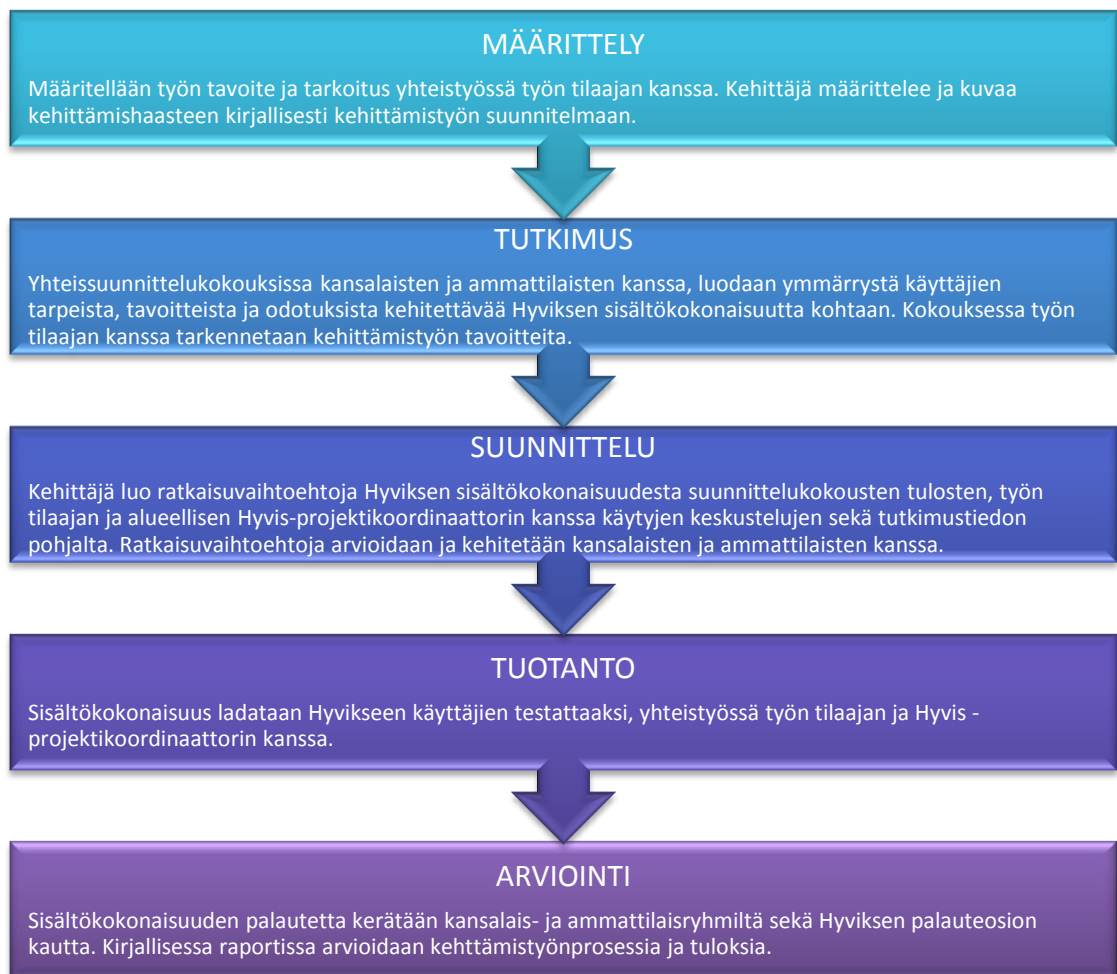
Tämän kehittämistyön menetelmäksi on valittu palvelumuotoilu, joka tarjoaa loogisen toimintamallin kehittämistyön etenemiselle. Palvelumuotoilussa palvelun käyttäjä otetaan mukaan kehittämisprosessiin, jossa yhdistyy poikkeuksellisen kiinteästi ja toimivasti organisaation tavoitteet ja asiakasnäkökulma (Tuulaniemi 2013, 95; Vaajakallio & Mattelmäki 2013, 70, 72; Miettinen 2011, 26, 31). Tämän asiakasymmärryksen luominen on palvelumuotoilua käytettäessä välttämätöntä ja minimoi epäonnistumisen riskit (Tuulaniemi 2013, 71 - 72; Miettinen 2011, 22 - 23). Palvelumuotoilussa ratkaisun ensimmäinen versio pyritään kehittämään nopeasti ja sitä kehitetään edelleen prosessia toistaen tavoitteen saavuttamiseksi (Tuulaniemi 2013, 112; Vaajakallio & Mattelmäki 2013, 70; Miettinen 2011, 23; What is service design?).

Palvelumuotoilu tekee näkyväksi aineettoman palvelun, tarjoaa työkalun ja prosessin asiakasymmärryksen luomiseen, ideointiin, visualisointiin, palvelun julkaisemiseen ja arviointiin. Palveluja kehitettäessä asiakasnäkökulmasta palvelun tulee olla hyödyllinen, käytettävä, johdonmukainen ja haluttava. Lisäksi asiakas odottaa yksilöllistä, mieleenpainuvaa, vaivatonta ja luotettavaa palvelua. Palveluntuottajan toiveet palvelulle ovat tuloksellisuus, tehokkuus ja erottuvuus. (Tuulaniemi 2013, 100 - 102.)

Palvelumuotoilun työtapana ja periaatteena on yhteiskehittäminen asiakkaan ja palveluntuottajan kesken. Yhteiskehittämisessä tärkeää on, että tiedon keräämis- ja analysointivaiheessa on käytettävissä mahdollisimman laaja-alaisesti kaikkien näkökulma. (Tuulaniemi 2013, 117; Mattelmäki & Vaajakallio 2011, 78.) Eri ihmisten näkökulmat pyritään yhdistämään ja löytämään uusia suunnittelumahdollisuuksia, ongelmia ja ratkaisuja (Mattelmäki & Vaajakallio 2011, 80; Koivisto 2009, 34 - 35). Tämä ei kuitenkaan tarkoita sitä, että kaikki osapuolet olisivat päättämässä siitä millainen palvelu lopulta tuotetaan (Tuulaniemi 2013, 118). Palvelumuotoilun hyödyntäminen kehittämistyössä edellyttää kehittäjältä vahvoja sosiaalisia taitoja, empatiaa käyttäjää kohtaan, visuaalisuutta ja luovuutta. Kehittäjä on palvelumuotoilussa merkittävässä roolissa toimiessaan koordinaattorina sidosryhmien välillä. (Miettinen 2011, 32.)

6.4 Kehittämistyön toimintasuunnitelma ja aikataulu

Tuulaniemen (2013, 126 - 127) mukaan palvelun kehittäminen on aina ainutlaatuinen prosessi, jossa prosessimallia tulee soveltaa kehittämiskohteena olevan työn mukaisesti. Palvelumuotoiluprosessi koostuu viidestä osasta, jotka ovat määrittely, tutkimus, suunnittelu, tuotanto ja arviointi. Tämän kehittämistyön palvelumuotoiluprosessi (ks. kuvio 4).



Kuvio 4. Palvelumuotoiluprosessi sisältökokonaisuuden kehittämisessä

Määrittely

Määrittelyvaiheessa määritellään ja kuvataan suunnitteluhaaste, jota ollaan ratkaisemassa ja se mihin asiakastarpeeseen se vastaa? Määritellään muun muassa suunnittelutyön tavoite, palvelun kohderyhmät, kehittämistyön aikataulu ja vaiheet sekä

resurssit. Määrittelyvaiheessa määritellään myös työn tilaajan tavoitteet ja tarpeet kehittämistyölle ja luodaan kuva palveluntuottaja organisaatiosta ja organisaation tavoitteista. Tässä esitutkinnassa luodaan ymmärrystä muun muassa palvelun tuottavan organisaation visiosta, arvoista, strategiasta ja toimintaympäristöstä. (Tuulaniemi 2013, 130 - 133.)

Tämän kehittämistyön tavoite ja tarkoitus määritellään yhteistyössä työn tilaajan, Keski-Suomen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollon yksikön ylihoitajan viransijaisen, kanssa yhteisissä keskustelutilaisuuksissa. Näiden keskustelutilaisuuksien ja tutkitun tiedon pohjalta kehittäjä laatii kirjallisen kehittämistyön suunnitelman. Suunnitelmassa kuvataan kehittämistyön tavoite ja tarkoitus, teoreettinen tausta sekä luodaan kuvaa palveluntuottaja organisaatiosta. Määrittelyvaihe ajoittuu tammi-kuu 2014 - huhtikuu 2014 väliselle ajalle.

Tutkimus

Tutkimusvaiheen tavoitteena on luoda ymmärrystä käyttäjien tarpeista, tavoitteista ja odotuksista sekä tarkentaa palveluntuottajan strategisia tavoitteita (Tuulaniemi 2013, 130). Vuorovaikutustilanteissa työn tilaajan kanssa tarkennetaan sisältökokonaisuuden tavoitteita. Palvelumuotoilussa tyypillistä on, että käyttäjät osallistuvat eri tavoin ja erilaisilla panostuksilla, prosessin eri vaiheisiin (Tuulaniemi 2013, 142). Tämän työn tutkimusvaiheessa pidetään kaksi yhteissuunnittelukokousta kansalaisista ja kolme yhteissuunnittelukokousta ammattilaisista koostuvien ryhmien kanssa.

Yhteissuunnittelukokoukset ovat sisältökokonaisuuden sisällön ideointitilaisuuksia, joissa sovelletaan osallistavana menetelmänä ideariihimenetelmään. Ideariihi on luovan ongelmaratkaisun menetelmä (Ojasalo ym. 2009, 145), jonka lähtökohdaksi tarvitaan kysymys tai ongelma, johon on monia vaihtoehtoisia ratkaisuja. Ideariihessä tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon ideoita kyseisestä aiheesta. Ideat kirjataan ylös mahdollisimman sanatarkasti osallistujien nähtäville, jolloin väärinymmärrysten mahdollisuus pienenee ja kirjattujen ideoiden myötä voi syntyä uusia ideoita. Ideointivaiheen jälkeen ideoita analysoidaan, ryhmitellään ja niistä valitaan parhaat ideat jatkokyöskentelyä varten. (Aivorihi; Ideariihi.) Valintavaiheessa ideat arvioidaan osallistavalla plus-menetelmällä, jossa kukin osallistuja merkitsee plus-merkin par-

haiden ideoiden viereen (Aivorihi). Ideariihessä kehittäjä vaikuttaa tuloksellisuuteen kannustamalla, huolehtimalla sääntöjen noudattamisesta, kiihdyttäen ideointiprosessia tarvittaessa ja ryhmittelemällä ideoita (Ojasalo ym. 2009, 147). Tutkimusvaihe ajoittuu huhtikuu 2014 - toukokuu 2014 ajalle.

Suunnittelu

Yhteissuunnittelukokouksien jälkeen suunnittelussa yhdistetään suunnittelukokouksien tulokset, tutkimustieto, luonnokset, kuvat ja mallit (Miettinen, Kalliomäki & Ruuska 2011, 107). Suunnittelussa pyritään koemallintamaan palvelu nopeasti eli prototypoimaan, jotta sitä voidaan arvioida. Prototyypillä pyritään saamaan nopeasti ja helposti kommentteja ja vahvistuksia ideoille, eikä sitä pidä ajatella liian viimeistelynä versiona. Koemallintamiseen tulee ottaa mukaan palvelun sidosryhmät mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Tuulaniemi 2012, 131; Vaahtojärvi 2011, 131, 137, 140.) Arvioinnin perusteella toimiviksi nousseiden ideoiden kehittämistä jatketaan (Tuulaniemi 2012, 131).

Kehittäjä laatii sisältökokonaisuudesta prototyypin hyödyntäen yhteissuunnittelukokousten tuloksia, työn tilaajan ja Hyvis-projektikoordinaattorin kanssa käytyjä keskusteluja sekä tutkittua tietoa. Sisältökokonaisuuteen tulevat kuvat suunnitellaan yhdessä kuvittajan kanssa. Prototyyppejä testataan ja arvioidaan tutkimusvaiheessa mukana olleiden kahden ryhmän kanssa, joista toinen koostuu ammattilaisista ja toinen kansalaisista. Arvioinnissa hyödynnetään Nielsenin heuristisen arvioinnin elementtejä soveltuvin osin sekä SWOT-analyysia.

Nielsenin heuristisen arvioinnin listaa käytetään usein web-pohjaisten käyttöliittymien arviointiin. Lista sisältää 10 kohtaa, jotka hyvästä käyttöliittymästä tulisi käytettävyyden näkökulmasta löytyä. (Nielsenin säännöt.) SWOT-analyysi on paljon käytetty menetelmä, jota voi hyödyntää arvioinnissa. Analyysia käytettäessä kirjataan ylös kohteen sisäiset vahvuudet ja heikkoudet sekä ulkoiset mahdollisuudet ja uhat. (SWOT.) Sisältökokonaisuutta muokataan prototyypin testauksessa saadun palautteen pohjalta. Suunnitelmavaihe ajoittuu toukokuu 2014 - heinäkuu 2014 ajalle.

Tuotanto

Tuotantovaiheessa palvelu saatetaan käyttäjien testattavaksi, pilotointiin. Pilotointimalli tulee uskaltaa viedä käyttäjien testattavaksi ja arvioitavaksi aikaisessa vaiheessa. Palvelusta voi siis tehdä niin sanotun Beta-version, jolloin palvelusta kiinnostuneet asiakkaat pääsevät sitä testaamaan ja antamaan kehitysehdotuksia ennen palvelun varsinaista markkinoille tuontia. Pilotointivaiheen tuloksia tulisi pystyä mittaamaan, jotta palvelun toimivat ja kehitettävät kohdat löytyisivät. (Tuulaniemi 2012, 230 - 231.)

Sisältökokonaisuus ladataan Hyvikseen yhteistyössä työn tilaajan ja Hyvis-projektikoordinaattorin kanssa. Hyviksessä ei ole testiversiota, joten varsinaista Beta-versiota ei voida tehdä vaan sisältökokonaisuus ladataan suoraan tuotantotilaan. Tuotantotilan sisältökokonaisuutta arvioidaan kehittämistyön arviointivaiheessa. Tuotantovaihe ajoittuu kesäkuu 2014 - elokuu 2014 ajalle.

Arviointi

Palvelun tulee kehittyä vielä lanseerauksen jälkeenkin, koska palvelun todellisuus paljastuu vasta käyttöönoton jälkeen (Vaahtojärvi 2011, 141). Arviointi liittyy kehittämisprosessin kaikkiin osiin, ohjaten kehittämistyötä ja toimien palautteen antajana työhön osallistuneille. Loppuraportissa arvioidaan kehittämistyön onnistumista suunnitelmallisen tiedonkeruun ja sen analysoinnin pohjalta. Arvioinnissa voidaan tarkastella kehittämistyön suunnitelmaa, tavoitteiden asettelun selkeyttä ja tavoitteiden saavuttamista, menetelmiä, johdonmukaisuutta toiminnassa, vuorovaikutusta, kehittämistoimintaan sitoutumista, onnistumisia ja epäonnistumisia. (Ojasalo ym. 2009, 47; Kehittämisprosessi näkyväksi 2007, 9.)

Arviointiaineistona voi toimia viralliset ja epäviralliset dokumentit kehittämistoiminnan eri vaiheista. Arvioinnissa oleellista on kerätyn aineiston kriittinen arviointi. (Toikko & Rantanen 2009, 83, 85.) Usein systemaattinen ja hyvin toteutettu itsearviointi on riittävä arviointi kehittämistyössä (Seppänen-Järvelä 2004, 26). Järjestelmällinen itsearviointi kokoaa tietoa kehittämistyön toteutuksesta ja prosessin kulusta luoden tarkemman kuvauksen siitä, miten kehittämistyön tulokset saatiin aikaan (Kehittämisprosessi näkyväksi 2007, 9).

Sisältökokonaisuutta arvioidaan palvelussa olevan palauteosion kautta tulevan palautteen sekä ammattilaisista ja kansalaisista koostuvien ryhmien tekemän arvioinnin kautta. Sisältökokonaisuuden arvioinnissa sovelletaan Nielsenin heuristista arviointia. Koska kehittämistyö on opinnäytetyö, arvioinnissa korostuu kehittäjän itsearviointi. Arviointi kohdistuu kehittämistyön prosessiin sekä lopputuotokseen. Sisältökokonaisuuden arvioinnissa kiinnitetään huomiota siihen, miten se käytännössä kansalaisia ja ammattilaisia palvelee muun muassa miten sitä päivitetään opinnäytetyön päättymisen jälkeen. Arviointivaihe ajoittuu heinäkuu 2014 - syyskuu 2014 ajalle.

7 Sisältökokonaisuuden toteutus

Määrittely

Kehittämistyö alkoi kehittämishaasteen määrittelyllä yhdessä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Hyvis projektityöntekijöiden kanssa loppuvuodesta 2013. Sisältökokonaisuuteen suunniteltiin alustavasti Audit-kyselyä, kyselyn pisteytystä, mahdollisuutta tallentaa se OmaHyvikseen ja lähettää sen myötä yhteydenottopyyntö ammattilaiselle. Lisäksi keskusteltiin verkkoneuvonnan avaamisesta ja tietopaketeista kansalaisille ja ammattilaisille. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella Hyviksen sisällöntuotanto vastuu on perusterveydenhuollon yksiköllä. Kehittämishaaste esiteltiin yksikön ylihoitajan viransijaiselle, joka toimi työn tilaajana.

Kehittäjä osallistui alueellisiin Hyvis kokouksiin ja kävi keskusteluja Hyvis-projektikoordinaattorin sekä työn tilaajan kanssa luoden kuvaa Hyviksestä sekä palveluntuottaja organisaatiota. Työn tilaajan kanssa käydyissä vuorovaikutustilanteissa tarkennettiin kehittämishaasteen tavoitetta ja tarkoitusta alkuvuodesta 2014. Sisältökokonaisuuden tavoitteeksi asetettiin kansalaisen alkoholinkäyttöön liittyvän omahoidon tukeminen ja ammattilaisen tukeminen alkoholinkäytön puheeksiotossa, varhaisessa puuttumisessa ja kansalaisen omahoidon tukemisessa. Hyviksessä alkoholinkäyttöön liittyvää tietoa oli hyvin niukasti, joten sisältökokonaisuuden tuottaminen koettiin tärkeäksi. Aikataulua sisältökokonaisuuden valmistumiselle ei määritelty.

Kehittämistyön kirjallinen suunnitelma koottiin työn suunnitelman mukaisesti kevään 2014 aikana. Kehittämistyön menetelmäksi valikoitui palvelumuotoilu, koska kehittämistyöhön haluttiin kiinteästi mukaan palvelun käyttäjiä. Kehittämistyöhön osallistuvat kansalais- ja ammattilaisryhmät valittiin yhteistyössä työn tilaajan ja eri ryhmien yhdyshenkilöiden kanssa. Ryhmien kanssa sovittiin yhteissuunnittelukokousten aikatauluista.

Tutkimus

Tutkimusvaiheessa ymmärrystä käyttäjien tavoitteista, tarpeista ja odotuksista luotiin yhteissuunnittelukokouksissa kansalaisista ja ammattilaisista koostuvien ryhmien kanssa. Kansalaisryhmistä toinen koostui Hyvis- järjestelmän kehittämisessä ja käyttöönottoprojekteissa mukana olleen toimittajayrityksen neljästä henkilöstä ja toteutui verkkoneuvotteluna. Toinen kansalaisryhmä koostui päihdetoipujille vertaistukea ja toimintaa tarjoavan yhdistyksen seitsemästä jäsenestä. Ammattilaisryhmiä tutkimusvaiheeseen osallistui kolme. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin erikoissairaanhoidosta kaksi ryhmää, joista toiseen ryhmään osallistui 10 ja toiseen kuusi ammattilaisista erikoissairaanhoidon eri erikoisaloilta. Kolmanteen ryhmään osallistui neljä perusterveydenhuollon, Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksen (JYTE) hoitaja.

Kehittäjä laati kirjallisen suunnitelman kokousten etenemisestä ja ennen kokousta osallistujille lähetettiin sähköpostia kehittämistyöhön ja yhteissuunnittelukokoukseen liittyen. Yhdelle ryhmällä viestin lähettäminen ei ollut mahdollista ja yhdelle ryhmälle viesti lähetettiin yhdyshenkilölle, ryhmien vapaamuotoisen kokoontumisen vuoksi. Yhteissuunnittelukokouksissa käytiin läpi kehittämistyön tilaaja, tavoite ja tarkoitus sekä kokouksen tavoite. Tarvittaessa kehittäjä esitteli osallistujille Hyvistä. Yhteissuunnittelukokouksissa ideoitiin sisältökokonaisuuden sisältöä ja lopuksi käytiin läpi jatkotyöstö kehittämistyön osalta. Tilaisuuden jälkeen kehittäjän suorittaman jälkityöstön selventäminen osallistujille on tärkeää ja motivoi sekä ohjaa työskentelyä eteenpäin (Mattelmäki & Vaajakallio 2011, 81).

Yhteissuunnittelukokouksissa sisältökokonaisuuden sisällön ideoinnissa menetelmänä sovellettiin ideariihi-menetelmää. Ryhmän koosta ja tilanteesta riippuen ideariihi-menetelmää sovellettiin joko kokoryhmä työskentelynä tai pienryhmissä. Ideointiin virittäytyttiin kehittäjän laatiman erilaisia keksintöjä sisältävän diaesityksen ja musiikin myötä. Ideoinnin tueksi oli koottuna lista 11:sta alkoholinkäyttöön kohdistuvasta omahoidon tukeen liittyvästä kansallisesta ja kansainvälisestä verkkolinkistä. Osassa kokouksista verkkolinkkejä ei pystytty hyödyntämään, koska tietokoneita ei ollut riittävästi saatavilla. Kokoukset, joissa verkkolinkkien hyödyntäminen oli mahdollista, niitä käytettiin joko ryhmissä tai yksittäin. Ideointivaiheessa kokouksen sihteeri tai kehittäjä kokosi ideat kaikkien nähtäville paperille tai tietokoneen näytölle. Yhdessä kokouksessa ideat kirjattiin ryhmätyöskentelyn aikana kaikille näkyvillä oleville seinäpapereille. Ideointivaiheen jälkeen ideoiden arvioinnissa hyödynnettiin osallistavaa plus-merkki menetelmää. Ryhmän koosta riippuen jokainen osallistuja tai ryhmä sai itselleen 1 - 4 plus-merkkiä. Merkit annettiin parhaille, jatkotyöskentelyyn valituille ideoille.

Yhteissuunnittelukokouksissa ei juuri ehditty yhdistellä ja luokitella ideoita, joten kehittäjä teki sen kokousten jälkeen soveltaen teemoittelua. Teemoittelussa aineistosta etsitään keskeisiä yhdistäviä tai erottavia seikkoja (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka). Ensin jokaisen kokouksen idealistat luokiteltiin erikseen ja tämän jälkeen listat yhdistettiin keskenään. Ideat luokiteltiin tässä vaiheessa yhdeksään kategoriaan (liite 1), korostaen listasta yhteissuunnittelukouksiin osallistujien plusmerkeillä valittuja ideoita. Ideat käytiin läpi työn tilaajan ja alueellisen Hyvis-projektikoordinaattorin kanssa. Jatkotyöskentelyyn valittiin ideoita, jotka tukivat kehittämistyölle asetettuja tavoitteita ja olivat sillä hetkellä tai lähitulevaisuudessa toteutettavissa Hyvis-terveysportaalissa. Tietopakettien kokoamisessa päädyttiin yhteen kokonaisuuteen ajatellen, että kansalaisten ja ammattilaisten tulee tietää samat asiat. Huomiota kiinnitettiin ideoihin, joita pidettiin merkittävänä ja jotka jokin merkittävä kansallinen taho oli jo tuottanut. Näitä toimintoja pyritään hyödyntämään sisältökokonaisuudessa verkkolinkkien kautta.

Suunnittelu

Suunnitteluvaiheessa kehittäjä työsti sisältökokonaisuuden prototyyppiä yhteissuunnittelukokouksien ideoiden sekä työn tilaajan, Hyvis-projektikoordinaattorin ja Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päihdepalvelukoordinaattorin kanssa käytyjen keskustelujen pohjalta. Sisältökokonaisuuden rakentamisessa huomioitiin myös tutkittu tieto alkoholinkäyttöön liittyvään omahoidon tukemiseen, puheeksiottoon ja varhaiseen puuttumiseen liittyen. Prototyypissä huomioon tuli ottaa myös Hyvis-sivuston sen hetkiset toimintamahdollisuudet.

Osa toivotuista ominaisuuksista ei ollut suoraan toteutettavissa Hyviksessä, joka kävi ilmi Hyvis-projektikoordinaattorin kanssa käydyissä keskusteluissa. Selvitettäväksi jäivät Audit-kyselyn toiminnallisuus, jotta kansalainen voisi lähettää testin ammattilaiselle ja tietopakettiin liittyvän alkoholin terveyshaittoja osion sekä juomapäiväkirjan toteutustapa. Alkoholin terveyshaittoja osion toteutuksessa suunnitelmana oli, että informaatioteksti tietystä terveyshaitasta avautuisi valittaessa ihmiskehoa kuvaavasta kuvasta kyseisestä kohdasta. Juomapäiväkirjan toteutuksen suunnitelmana oli lomake, jonka kansalainen voi täyttää ja lähettää ammattilaiselle kommentoitavaksi. Sisältökokonaisuuden osien lopullinen sijoittuminen hyviksen eri osa-alueisiin oli vielä tässä vaiheessa mietinnän alla. Lisäksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päihdehoitajan toteuttaman Chat-palvelun mahdollisuus jäi selvitettäväksi.

Juomapäiväkirjan osalta todettiin syksyn 2014 aikana Hyvikseen olevan tulossa mahdollisuus vastavuoroisten lomakkeiden käyttöön, tällöin ammattilainen voi antaa kansalaiselle palautetta samalle lomakkeelle. Tätä ennen juomapäiväkirjan palautteenanto voi toimia turvallisen viestinvälityksen kautta. Osa tärkeänä pidetystä sisällystöstä, kuten nettiajanvarausmahdollisuus JYTE:n alueella työskentelevien päihdehoitajien vastaanottokäynnille sekä esitietolomake päihdehoitoon, jätettiin jatkotyöskentelyyn Hyviksestä vielä puuttuvien ominaisuuksien ja työn rajaamisen vuoksi.

Prototyypin arviointiin ja kehittämiseen otettiin mukaan kaksi tutkimusvaiheessa mukana ollutta ryhmää. Toinen koostui perusterveydenhuollon ammattilaisten ryhmästä, johon osallistui kolme työntekijää ja toinen neljästä Hyvis-järjestelmän kehittämisessä ja käyttöönottoprojekteissa mukana olleen toimittajarytymän työntekijäs-

tä. Kehittäjä laati näitä kokouksia varten yhteissuunnittelukokousten ideoista käsitekartan (liite 2).

Käsitekartan avulla käytiin läpi sisältökokonaisuuteen tuotettuja ideoita ja ideat arvotettiin kolmeen tärkeyskategoriaan. Lisäksi pohdittiin mitä vielä sisällöstä puuttuu. Ammattilaisten kanssa ideoiden arvottamisessa hyödynnettiin vihreää, keltaista ja punaista tavaraa, jonka jokainen oli valinnut pöydällä olevista tavaroista. Vihreä kuvasti tärkeintä luokkaa, keltainen toiseksi tärkeintä ja punainen vähiten tärkeää. Ammatillaiset kategorioivat melkein kaikki käsitekartan kohdat vihreään eli tärkeimpään luokkaan. Omaisten tukeminen nousi heidän mielestään tärkeimmäksi osioksi. Ammattilaisten luokittelema käsitekartta (liite 3).

Kansalaisten kanssa pidetty kokous toteutui videoneuvotteluna, jolloin jokainen osallistuja sanoitti ideoiden tärkeysjärjestyksen. Heidän mielestään sisältökokonaisuuden käsitekartan ideoita tuli karsia paljon. Tärkeimmäksi kehittämisen kohteeksi nousi yhteys ammattilaiseen ja sitä kautta henkilökohtaisen palvelun saaminen. Tietopakettia kansalaiset eivät pitäneet tarpeellisena, koska internetissä on paljon tietoa saatavilla. Strukturoituja testejä ehdotettiin muokattavan pelimuotoon. Kansalaisten luokittelema käsitekartta (liite 4).

Kokouksissa sisältökokonaisuuden sisällön prototyyppiä arvioitiin Nielsenin heuristiikkaa ja SWOT-analyysia hyödyntäen. Prototyypin sisältö oli tehtynä Word-tekstinkäsittelyohjelmalla, koska Hyviksessä ei ole testiversiota. Testiversion puuttumisen ja kehittäjän tietoteknisten taitojen vuoksi sisällön varsinaista käytettävyyttä ei voitu arvioida. Arviointi kohdistui prototyypin tekstisisältöön.

Ammattilaisilla oli käytössä kirjallinen lista Nielsenin heuristiikkaan ja SWOT-analyysiin liittyen sekä sisältökokonaisuuden prototyypin tekstisisältö tulosteena ja tietokoneelta nähtävissä. Arviointi jäi vähäiseksi eikä esiin noussut kehittämisideoita. Kansalaisten kanssa pidetyssä kokouksessa Nielsenin heuristiikan ja SWOT-analyysin sisältämää listaa ei käytetty, kansalaisten arvioivan otteen vuoksi. Kansalaiset antoivat vapaasti palautetta sisällöstä. Tärkeäksi koettiin sisältökokonaisuuden asioiden sanoittaminen lyhyesti ja tekstin tuottaminen kansalaisen näkökulmasta, ei organi-

saatiolähtöisesti. Lisäksi tekstistä haluttiin ”raflaavampaa”, ”myyvämpää” ja porrastettua sekä päihdepalvelujen yhteystiedot helposti löydettäväksi. Huomiota kiinnitettiin myös siihen, että sama asia voi toistua useammassa kohdassa esimerkiksi yhteydenottopyyntö lomake. Esiin nousi toive kuvien käyttämisestä sisällössä ja alkoholin terveyshaittoja tekstin sisältöön toivottiin keskimääräisiä lukuja terveyshaittoihin liittyen.

Sisällön kehittämistä jatkettiin kokouksissa esiin tulleiden arvioiden pohjalta. Huomiota kiinnitettiin erityisesti päihdepalvelujen yhteystietojen helpompaan löytymiseen ja tiedon porrastamiseen. Kuvien käyttöä sisältökokonaisuudessa oli suunniteltu, mutta prototyyppiin niitä ei vielä saatu. Kehittäjä kävi kuvittajan kanssa keskustelua kuvien sisällöistä ja jokaiseen tekstiosioon suunniteltiin aihetta kuvaavat kuvat. Piirrettyjen kuvien avulla kehittäjä halusi luoda sisältökokonaisuuteen ainutlaatuisuutta ja kuvista haluttiin mahdollisimman informatiivisia.

Tuotanto

Sisältökokonaisuuden pilotointimalli ladattiin suoraan tuotantotilaan. Hyviksen sisältötuotantoon on käytössä oma järjestelmä, joka vaatii erityisosaamista. Tämän sekä opinnäytetyön rajaamisen vuoksi kehittäjä ei ladannut sisältökokonaisuutta Hyvikseen.

Kehittäjä toimitti tekstit ja kuvat työn tilaajalle, joka yhdessä yksikkönsä henkilökunnan, Hyvis-projektikoordinaattorin sekä Medi-IT:n työntekijöiden kanssa latsasi sisältökokonaisuutta Hyvis-sivustolle. Sisältökokonaisuuteen ladattiin tietopaketti, yhteydenottopyyntölomake JYTE:n päihdehoitajiin, Audit-kysely ja juomapäiväkirja. Sisältökokonaisuuden osien sijoittelua ja toimintoja pohdittiin ja muokattiin sisältökokonaisuutta tuotantotilaan lataavien henkilöiden sekä kehittäjän kanssa käytyjen kokouksien ja sähköpostiviestien pohjalta. Latauksen edetessä sisältökokonaisuuden eri osioiden sijaintipaikat Hyviksen julkaisuportaalin, OmaHyviksen ja ammattilaisen Hyviksen suhteen konkretisoituivat.

Tuotantovaiheessa ilmeni useita haasteita, jonka vuoksi tuotantovaiheen arvioitu aikataulu ei pitänyt. Sisältökokonaisuuden lataamisessa Hyvis sivustolle jouduttiin

tekemään suunnitelmista poikkeavia ratkaisuja. Järjestelmässä ilmeni ongelmia siten, että tietoa syötettäessä asettelu näytti erilaiselta kuin tuotantoversioon julkaistuna. Osa kuvista näkyi epätarkkoina Hyviksen tuotantotilassa, vaikka ne järjestelmään syötettäessä näkyivät tarkkoina. Kuvittaja joutui toimittamaan muutamasta kuvasta useita versioita useaan otteeseen. Kuvien näkyvyyttä tuotantotilassa testattiin kuva kerrallaan, jotta löydettiin tarkkana näkyvät versiot.

Järjestelmä asettaa tarkat tekniset ja asetukselliset kriteerit sisällölle, mutta yksityiskohtaisemmat tekstin ja kuvien asetukset määrittää sisältöä lataava henkilö. Tekstien ja kuvien osalta sisältökokonaisuuden muokkausta tehtiin useaan otteeseen siten, että kehittäjä kommentoi sähköpostilla tai yhteisissä tapaamisissa tuotantotilassa olevaa tekstiä ja kuvien sijoittelua. Sähköpostin välityksellä kommentointi oli haastavaa, koska viestin ymmärrettävyys kärsi eikä kehittäjä ollut tietoinen järjestelmän kaikista ominaisuuksista. Näin ollen samoihin kohtiin jouduttiin palaamaan useaan kertaan. Tapaamisien yhteydessä sisältökokonaisuuden muokkaaminen oli helpompaa ja onnistui kerralla.

Alkoholin terveyshaitat osiota ei saatu Hyviksessä toimimaan alkuperäisen suunnitelman mukaisesti. Asiassa konsultoitiin Medi-IT:n työntekijöitä, mutta ratkaisua tähän ei löytynyt. Työntilaaaja latasi osion yEd-ohjelmaa käyttäen, jonka lataaminen Hyvikseen osoittautui haasteelliseksi. Yed-ohjelman avulla osioon saatiin osa niistä toiminnoista, joita alkuperäisesti toivottiin. Teksti porrastettiin eri tasoihin, jotka jouduttiin kuitenkin sijoittamaan samalle sivulle.

Yhteydenottopyyntölomakkeen, Audit- lomakkeiden sekä juomapäiväkirjan toteuttamisessa tarvittiin Hyvis-projektityöntekijän ja Medi-IT:n työntekijöiden osaamista. Lomakkeiden tuottamisen osalta kehittäjä teki yhteistyötä kyseisten työntekijöiden kanssa sähköpostin ja puhelimen välityksellä sekä muutamassa palaverissa. Yhteistyö osoittautui helpoksi, koska työnjako oli selkeä ja lomakkeiden tuottamisessa tekstien ja kuvien asetteluun ei tarvinnut kiinnittää suurta huomiota.

JYTE:n päihdehoitajien yhteydenottopyyntölomakkeen testikäyttöönoton varmistuttua lomakkeen sisältöä muokattiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päihdepalvelu-

koordinaattorin, Hyvis-projektikoordinaattorin, Medi-IT:n työntekijän ja kehittäjän yhteistyönä. Lomake oli helppo toteuttaa jo olemassa olevan JYTE:n yhteydenotto-pyyntölomakkeen pohjalta. Yhteydenottopyyntölomake otettiin käyttöön sen valmistuttua.

Alkuperäinen suunnitelma Audit-kyselyn tallentamismahdollisuudesta OmaHyvikseen ja sen myötä viestin lähettämismahdollisuus ammattilaiselle olisi vaatinut ulkopuolista resursointia. Audit-kysely päädyttiin lataamaan Hyvikseen kahdella eri tavalla. Alkoholinkäytön kysely-lomakkeena OmaHyviksen puolelle, josta kansalainen voi kyselyn täyttämisen jälkeen lähettää lomakkeen ammattilaiselle ja Audit-kyselynä julkaisuportaaliin, joka ei vaadi palveluun kirjautumista. Juomapäiväkirja päädyttiin tekemään Excel-ohjelmalla, koska vastavuoroista lomaketta ei Hyviksessä ole vielä käytössä. Medi-IT:n työntekijä toteutti juomapäiväkirjan, jota muokattiin yhteistyössä kehittäjän kanssa.

JYTE:n päihdehoitajien Chat-palvelun suunnittelu ja käyttöönotto ei tässä vaiheessa ollut mahdollista. Palvelun tilaaminen Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin Hyvikseen edellyttää palvelun käyttöönottoa muuallakin kuin päihdehoitajatoiminnassa. Chat-palvelun suunnittelu jäi kehittämistyön jatkohaasteiksi.

Arviointi

Opinnäytetyön rajaamisen ja aikataulutuksen vuoksi ammattilaisten ja kansalaisten toteuttaman sisältökokonaisuuden arviointi rajattiin varsinaisen opinnäytetyön ulkopuolella. Kehittämistyön arvioitu aikataulu ei toteutunut tuotantovaiheen osalta ja tuotantovaihe venyi arvioitua pidemmäksi. Arviointi tulee toteutumaan myöhemmin kun sisältökokonaisuus on ollut käytettävissä noin puolen vuoden ajan. Arviointi toteutetaan terveydenhuollon opiskelijoista muodostuvan kansalaisryhmän kanssa Nielsenin heuristiikkaan hyödyntäen keväällä 2015.

Kehittäjän itsearvioinnin tukena toimi kehittämistyön edetessä kirjoitetut päiväkirjatyypiset muistiinpanot. Kehittäjä kirjoitti päiväkirjatyypisiä muistiinpanoja jokaisen yhteissuunnittelukokouksen jälkeen kuvaten ja arvioiden kokouksen alkuvalmisteluja ja kulkua sekä kokouksessa esiin nousseita asioita. Lisäksi kehittäjä pohti muistiin-

panoissaan yhteissuunnittelukokouksiin liittyviä onnistumisia sekä kehittämishaasteita, joka tuki seuraavan yhteissuunnittelukokouksen suunnittelua ja toteutusta. Kehittäjä kirjoitti muistiinpanoja myös työn tilaajan, Hyvis-projektikoordinaattorin, Medi-IT:n työntekijän sekä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin päihdepalvelukoordinaattorin kanssa käytyjen keskustelujen jälkeen. Muistiinpanoja kehittäjä hyödynsi sisältökokonaisuuden suunnittelussa sekä kehittämistyön prosessin arvioinnissa.

8 Tulokset

Hyviksen sisältökokonaisuus rakentuu alkoholinkäyttöön liittyvästä tietopakettista, päihdepalvelun yhteydenottopyyntölomakkeesta, juomapäiväkirjasta sekä Auditkyselystä. Hyviksen julkaisuportaalin etusivulle (ks. kuvio 5) vasemman laidan puurakenteeseen lisättiin päihteen osio, josta pääsee käyttämään tietopakettia. Etusivun oikeaan laitaan tärkeät tiedot kohtaan lisättiin valtakunnallinen päihdeneuvontanumero.

The image shows a screenshot of the Keski-Suomen Hyvis website. The top navigation bar includes 'Keski-Suomi', 'Lapset ja perheet', 'Nuoret ja opiskelijat', 'Työikäiset', and 'Ikääntyvät'. The main content area features a header with the Hyvis logo and a search bar. Below the header, there are several sections: a left sidebar with a 'Sähköinen asiointi' menu, a central main content area with a 'Tervetuloa Keski-Suomen Hyvis-sivuille!' heading and a photo of raspberries, and a right sidebar with 'Häiriötiedote!' and 'Tärkeät tiedot' sections. Red arrows highlight the 'Päihteen' link in the left sidebar and the 'Päihdeneuvonta 24/7 (ilmainen)' link in the right sidebar.

Kuvio 5. Osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen Hyviksen etusivua

Hyviksen päihteet-osion etusivulla (ks. kuvio 6) on luettelot tietopakettin sisällöstä. Sisällön eri osia pääsee käyttämään vasemman reunan puurakenteen tai sivun keskellä olevan taulukon kautta.

hyvis.fi
Terveystietä ja hyvinvointia

Tietoa Hyviksestä | Ohjeet | Palaute

Keski-Suomi | Lapset ja perheet | Nuoret ja opiskelijat | Työikäiset | Ikääntyvät

Etusivu > Keski-Suomi > Päihteet

Alkoholiannokset
Alkoholinkäytön laboratoriomittarit
Alkoholin ongelmakäytön tasot
Alkoholin terveyshaitat
Audit
Juomapäiväkirja
Lääkehoito
Päihdepalvelut
Riskikäytön rajat
Vertaistuki
Vinkkejä alkoholinkäytön vähentämiseen

Päihteiden käyttö ja niistä aiheutuvat haitat ovat erittäin yleisiä. Alkoholinkulutus Suomessa on kolminkertaistunut 60-luvulta tähän päivään, ollen nyt 11.6 l/henkilö (100 % alkoholia 15 v. täyttäneitä kohti).
Omaa alkoholinkäyttöä kannattaa aika ajoin tarkastella. Täältä löydät paljon hyviä työkaluja tähän.

Alkoholiannokset
Alkoholinkäytön laboratoriomittarit
Alkoholin ongelmakäytön tasot
Alkoholin terveyshaitat
Audit
Juomapäiväkirja
Lääkehoito
Päihdepalvelut Keski-Suomessa
Riskikäytön rajat
Vertaistuki
Vinkkejä alkoholinkäytön vähentämiseen

Päivitetty: 17.10.2014

Kuvio 6. Päihteet osion etusivu

Julkaisuportaaliin ladattu tietopaketti sisältää yksitoista eri osiota. Jokainen osio sisältää tekstin lisäksi aiheeseen liittyvän kuvan ja sivun lopussa on ilmoitettu mahdollisen lähteet sekä sivun päivitysajankohta. Tietopakettin osiot ovat

- [Alkoholiannokset](#), jossa pääpaino on alkoholiannoksilla, mutta sivu sisältää lyhyesti tietoa myös alkoholinpoistumisesta elimistöstä.
- [Alkoholinkäytön laboratoriomittarit](#), jossa on esitetty alkoholipitoisuuden mittaaminen verestä ja puhallustestillä sekä kolme yleisintä alkoholinkäyttöön reagoivaa verikoetta.
- [Alkoholin ongelmakäytön tasot](#), jossa on ydinasiat jokaisesta ongelmakäytön tasosta sekä niiden tieteellisesti osoitetut hoitomuotokehotukset.

- [Audit](#), jossa kyselyyn vastaamisen jälkeen kansalaisen on mahdollista saada kirjallinen palaute numeraalisesti ja sanallisesti. Palaute jakautuu viiteen kategoriaan: vähäriskinen käyttö, riskikäyttö (riskit lievästi kasvaneet), riskikäyttö (riskit selvästi kasvaneet), haitallinen käyttö sekä mahdollinen alkoholi riippuvuus ja näihin liittyvään tietoon.
- [Lääkehoito](#), joka on jaettu täysraittiutta ja alkoholinkäytön vähentämistä tukevaan lääkehoitoon.
- [Päihdepalvelut](#), josta löytyy yhteystiedot valtakunnalliseen päihdeneuvontapuhelimeen, linkki päihdelinkin neuvontapalveluun, Keski-Suomen alueen julkishallinnon tarjoamien päihdepalvelujen yhteystietoja sekä lisätietoa palveluista. Sivun lopussa on luettelo hyödyllisistä verkkolinkeistä.
- [Riskikäytön rajat](#), jossa on esitetty naisen, miehen ja yli 65-vuotiaan henkilön alkoholin riskikäytön rajat kerta-annoksina, säännöllisesti päivittäin käytettyinä annoksina ja viikkoannoksina.
- [Vertaistuki](#), jonka sivulle on koottuna vertaistukipalveluita valtakunnallisesti sekä alueellisesti myös omaisille. Sivulla on verkkolinkit, joista löytyy lisätietoa palveluista, mahdolliset ryhmien kokoontumisajat sekä hyödyllisiä verkkosivustoja.
- [Vinkkejä alkoholinkäytön vähentämiseen](#) sivulla on luettelo konkreettisista toimintatavoista, joilla alkoholinkäyttöä voi vähentää.
- [Alkoholin terveyshaitat](#) osiossa on 18 eri kohtaa (ks. kuvio 7). Terveyshaitat osioon koottuja tekstejä pääsee lukemaan kyseisen elimen tai terveyshaitan otsikon kautta.

The screenshot shows the website 'hyvis.fi' with a navigation menu on the left containing items like 'Keski-Suomi', 'Lapset ja perheet', 'Nuoret ja opiskelijat', 'Työikäiset', and 'Ikääntyvät'. The main content area is titled 'Etusivu > Keski-Suomi > Päihteet > Alkoholin terveyshaitat'. A central diagram titled 'ALKOHOLIN TERVEYSHAITTOJA' illustrates the health effects of alcohol on the human body. It features two human figures, a female on the left and a male on the right, with various organs and systems highlighted and labeled with health conditions. The labels include: Suu, Sydän- ja verenkiertoelimistö, Imetys, Raskaus, Nainen ja alkoholi erityispiirteitä, Mielenterveyden häiriöt, Uni, Ylipaino, Tapaturmat, Syöpäriski, Alkoholi riippuvuus, Alkoholi myrkytys (etanoli), Vieroitusoireet, Aivot ja hermosto, Ruoansulatuskanava, Maksa, Haima, and Mies ja alkoholi erityispiirteitä.

Kuvio 7. Alkoholin terveyshaittoja osion etusivun osa

Jokaisen terveyshaitan otsikon kautta avautuu näkymä kyseisen aiheeseen. Tieto on sivulla porrastettu siten, että otsikon jälkeen ylimpänä oleva teksti on lyhyt ja huomiota herättävä. Toisena on esitetty yksityiskohtaisempaa tietoa kyseiseen terveyshaittaan liittyen. Sivulla on ilmoitettuna lähteet sekä mahdolliset aiheeseen liittyvät lisätietoa sisältävät tietolähteet.

Kansalaisen OmaHyviksen puurakenteeseen lisättiin päihdepalvelut osio. Osio sisältää päihdepalvelun yhteydenotto-pyyntölomakkeen, alkoholinkäytön kyselyn sekä juomapäiväkirjan (ks. kuvio 8).



Kuvio 8. OmaHyvisen päihdepalvelut sivu

Päihdepalvelujen yhteydenottopyyntölomakkeella JYTE:n alueen kansalainen voi lähettää yhteydenottopyynnön alueensa päihdehoitajalle. Lomakkeeseen kansalaisen yhteystiedot tulevat automaattisesti sähköisen asiointisopimuksen mukaisesti ja viestintä aiheen sekä viestin kansalainen kirjoittaa itse (ks. kuvio 9).



Kuvio 9. Osa päihdepalvelun yhteydenottopyyntölomaketta

OmaHyviksen päihdepalvelut osiossa on mahdollisuus täyttää alkoholinkäytön kysely (Audit) (ks. kuvio 10), jonka kansalainen voi lähettää ammattilaiselle. Yhteystiedot kirjautuvat lomakkeelle sähköisen sopimuksen mukaisesti ja kyselyn täytettyään kansalainen voi lähettää kyselyn seututerveyskeskuksen äitiyshuoltoon, JYTE:n äitiyshuoltoon tai JYTE:n päihdehoitajille.

The screenshot shows the 'Alkoholinkäytön kysely (audit)' page on the OmaHyvix website. The page has a green header with the logo and navigation links. A sidebar on the left lists various services. The main content area contains the questionnaire questions and options.

Etusivu > Lomakkeet > Alkoholinkäytön kysely (audit)

Viimeisin muutos:
-

Henkilötiedot [Avaa](#) [Sulje](#)

Alkoholinkäyttötottumukset [Avaa](#) [Sulje](#)

Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koettakaa ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautitte vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

En koskaan *

Noin kerran kuukaudessa tai harvemmin

2–4 kertaa kuukaudessa

2–3 kertaa viikossa

4 kertaa viikossa tai useammin

Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin käytitte alkoholia? (yksi annos on: 0,33l pullo tai tölkki siideriä tai III olutta, 12cl mietoa viiniä, 4cl annos väkeviä, 1,5 annosta on 0,5 l tuoppi tai pullo siideriä tai III olutta)

1–2 annosta *

3–4 annosta

5–6 annosta

7–9 annosta

10 tai enemmän

Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

En koskaan *

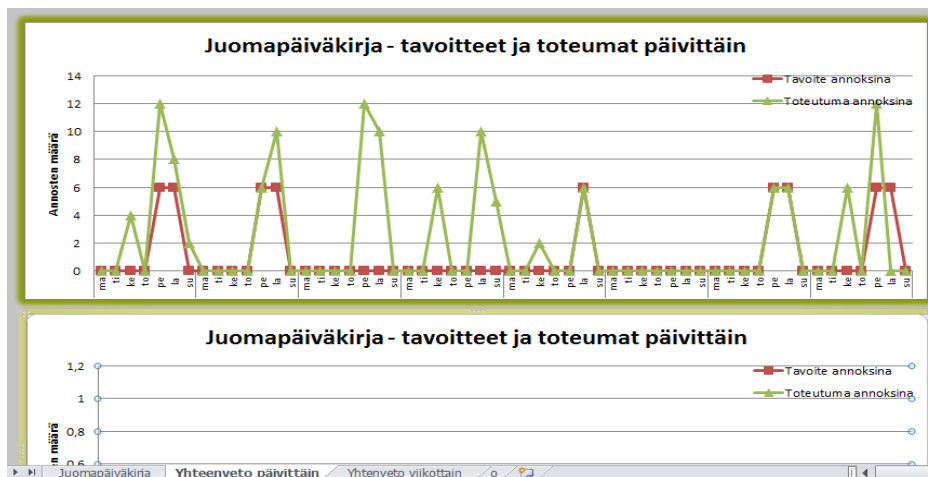
Harvemmin kuin kerran kuukaudessa

Kuvio 10. Osa OmaHyviksen alkoholinkäytön kysely sivua

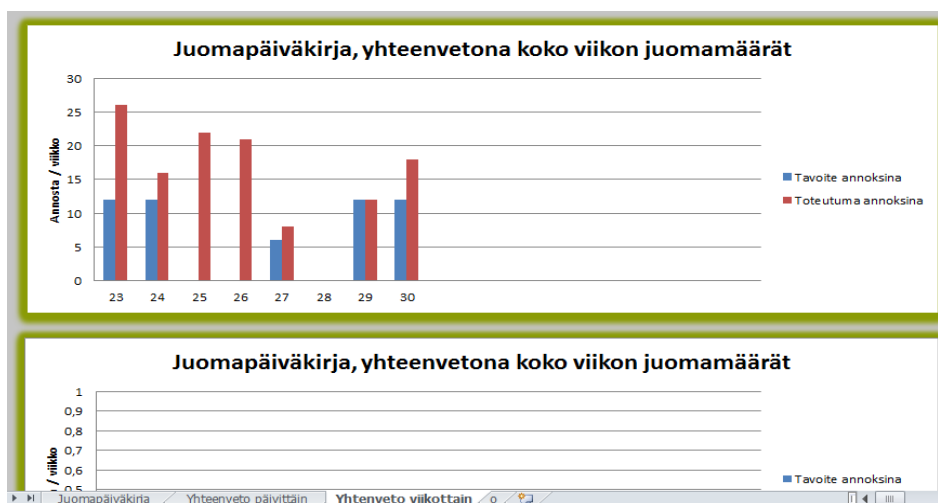
Juomapäiväkirja (ks. kuvio 11) kansalaisen tulee tallentaa omalle tietokoneelleen täyttämistä varten. Juomapäiväkirja rakentuu viikoista, joita siinä on yhteensä 56. Juomapäiväkirjaan kansalainen kirjaa tavoitteet alkoholinkäytölle, toteutuneen alkoholinkäytön sekä halutessaan huomioita alkoholinkäyttö tilanteisiin liittyen. Toisella välilehdellä on viivadiagrammina yhteenveto päivittäisestä alkoholinkäytöstä (ks. kuvio 12) ja kolmannelta välilehdeltä avautuu pylväsdiagrammi viikoittaisesta alkoholinkäytöstä (ks. kuvio 13).

Juomapäiväkirja				
<p>Suunnittele alkoholinkäyttösi etukäteen. Millaiseen alkoholinkäyttöön olisit itse tyytyväinen? Aseta tavoite ja merkitse se jokaisen viikonpäivän kohdalle, "tavoite annoksina" kohtaan alkoholiannoksina. Kirjaa käyttämäsi alkoholinmäärä annoksina "toteuma annoksia" kohtaan jokaisen päivän kohdalle. Huomioita kenttään voi kirjata itsellesi tärkeitä huomioita alkoholinkäyttötilanteeseen liittyen. Lähetä juomapäiväkirja sopimuksen mukaan ammattilaiselle.</p> <p>1 annos alkoholia on esimerkiksi: 0,33l keskiolutta, siideriä, lonkeroa max. 4.7 %, 12 cl mietoa viiniä 10-15 %, 8cl väkevää viiniä 16-22 % tai 4 cl väkevää viinaa 35-40 %</p>				
Viikonnr	päivä	Tavoite annoksina	Toteutuma annosin	Huomioita: kenen kanssa, missä, mikä fiilis jne.
23	ma	0	0	
	ti	0	0	
	ke	0	4	Saunaoluet
	to	0	0	
	pe	6	12	Kaveriporukassa "mopo karkasi käsistä"
	la	6	8	
	su	0	2	krapulajuomat:(
Yhteensä		12	26	
Viikonnr	päivä	Tavoite annoksina	Toteutuma annoksina	Huomioita: kenen kanssa, missä, mikä fiilis jne.
24	ma	0	0	
	ti	0	0	
	ke	0	0	
	to	0	0	
	pe	6	6	
	la	6	10	Kaverit saivat houkutelua...ei olisi pitänyt!!
	su	0	0	
Yhteensä		12	16	
Viikonnr	päivä	Tavoite annoksina	Toteutuma annoksina	Huomioita: kenen kanssa, missä, mikä fiilis jne.

Kuvio 11. Esimerkki juomapäiväkirjasta

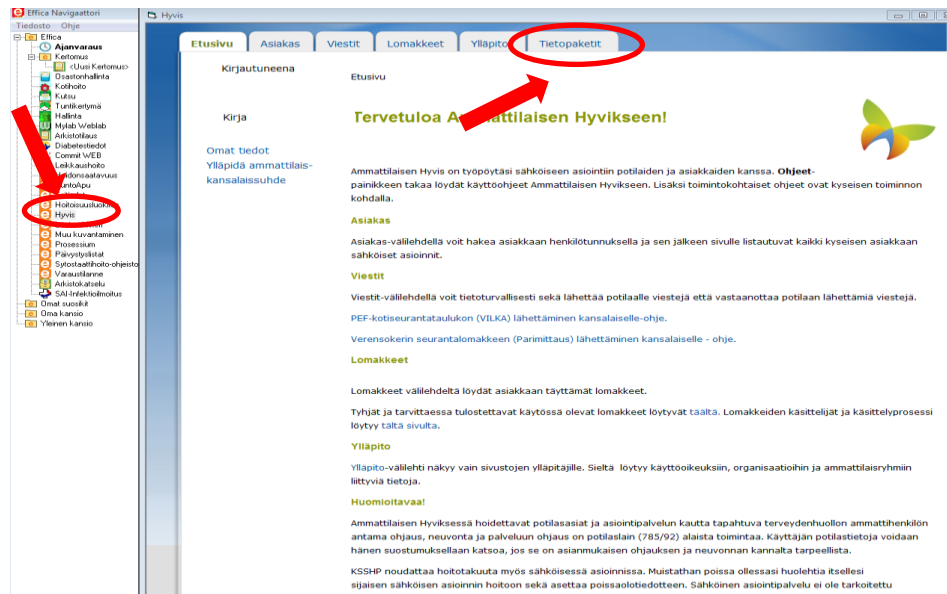


Kuvio 12. Osa päivittäisen alkoholinkäytön yhteenveto sivua



Kuvio 13. Osa viikoittaisen alkoholinkäytön yhteenveto sivua

Ammattilaisen Hyviksen etusivulle (ks. kuvio 14) ammattilainen pääsee kirjautumaan potilastietojärjestelmän kautta. Efficca-potilastietojärjestelmästä ammattilaisen Hyvis löytyy Efficcan puurakenteesta. Ammattilaisen Hyviksen lisättiin Tietopaketti-välilehti, josta löytyy päihteet osio. Tästä ammattilainen pääsee siirtymään julkaisuportaalin puolelle ladattuun tietopakettiin (ks. kuvio 15).



Kuvio 14. Ammattilaisen Hyviksen etusivun osa



Kuvio 15. Tietopaketti osion päihteet sivu

9 Pohdinta

9.1 Kehittämistyön prosessin ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tavoitteena oli alkoholinkäyttöön liittyvän omahoitoa tukevan sisältökokonaisuuden tuottaminen työikäisille kansalaisille sekä ammattilaisille Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Hyvikseen. Tavoitteen määrittelyssä huomioitiin alkoholin ongelmakäyttö, joka on yksi Suomen suurimmista kansanterveydellisistä ongelmista. Lisäksi huomioitiin terveydenhuollon tietoteknologian sekä sähköisen asioinnin käytön lisäämisen ja kehittämisen tärkeys terveydenhuollossa, jota myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa painotetaan. Opinnäytetyö suunnattiin Hyvikseen, koska se sisälsi niukasti tietoa alkoholinkäyttöön liittyen.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli sisältökokonaisuuden tuottaminen käyttäjälähtöisesti, jotta sisältökokonaisuudesta muodostuisi käyttäjiä palveleva kokonaisuus. Haasteeksi osoittautui etenkin Keski-Suomen Hyviksen vasta alkanut käyttöönotto sekä alkoholinkäyttö aiheen valintana. Hyviksen ominaisuudet ja tavoitteet olivat monille yhteissuunnittelukokouksiin osallistuneille täysin tai jokseenkin vieraita, joka rajoitti Hyviksen hyödyntämisen hahmottamista. Alkoholin ongelmakäytön tasojen etenkin haitta- ja riskikäyttäjien hahmottaminen oli yhteissuunnittelukokouksissa haasteellista, joka on täysin samansuuntainen tulos kuin terveydenhuollossa (Niemi 2012, 395; Aalto ym. 2008, 16).

Alkoholinkäyttöön liittyvän tieteellisen tiedon liittäminen sisältökokonaisuuteen tietopakettina osoittautui kehittämistyössä tärkeäksi. Samansuuntaisia tuloksia esittää Suomen eTerveys-tiekartta (15) raportissa, jossa korostetaan luotettavia verkkopalveluita kansalaisille terveyteen liittyvään päätöksenteontukeen sekä Dancerin ja Courtney'n (2010, 582) tutkimuksessaan, jossa painotetaan tietoteknologian hyödyntämistä ammattilaisille suunnatussa tautikohtaisessa tiedossa.

Tietoteknologian käytön tarkoituksena on parantaa kansalaisen ja ammattilaisen välistä vuorovaikutusta ja tiedon siirtoa (Säynäjäkangas ym. 2011, 664; Dancer &

Courtney 2010, 582; Siminerio 2010, 472). Kehittämistyössä henkilökohtaisen yhteyden luominen ammattilaisen ja kansalaisen välille nähtiin tärkeää, joten tulokset ovat samansuuntaiset näiden tutkimusten kanssa. Tämän pohjalta sisältökokonaisuuteen liitettiin päihdepalvelun yhteydenotto-pyyntölomake.

Kehittämistyössä nousi vahvasti esiin tarve strukturoitujen kyselyiden hyödyntämisestä. Tämä on tuloksena täysin samansuuntainen Alkoholinongelman hoito Käypähoito -suosituksen (2011) kanssa, jossa korostetaan strukturoituja kyselyitä, etenkin Audit-kyselyä, varhaisen tunnistamisen tueksi. Tämän vuoksi työikäisille suunnattu kymmenen kysymyksen Audit on tärkeässä roolissa sisältökokonaisuudessa.

Kuokkasen ja Korpilähteen (2008, 22) mukaan alkoholinkäytön puheeksioton ja varhaisen puuttumisen esteinä nähtiin muun muassa kohderyhmän epäselvyys ja tunnistamisen vaikeus, selkeiden ohjeiden puute sekä epävarmuus puuttua alkoholinkäyttöön. Näihin tekijöihin on pyritty kiinnittämään huomiota sisältökokonaisuuden sisällössä, tuottaen ammattilaisille tietoa mini-intervention pohjaksi. Myös sisältökokonaisuuteen ladatun Audit-kyselyn yhtenä tavoitteena on lisääntynyt alkoholinkäytön puheeksiotto, ammattilaisen antaessa kansalaiselle palautetta kyselystä.

Careyn ym. (2007, 2078) tutkimuksessa korostetaan yksilöllisten kontaktien sekä motivoivan haastattelun käyttöä omahoidon tuessa. Yksilöllisten kontaktien tärkeyden osalta kehittämistyön tulokset ovat saman suuntaiset, mutta motivoivan haastattelun menetelmä ei noussut esiin kehittämistyössä, joten tämän osalta tulokset erosivat kyseisestä tutkimuksesta. Saarnion ja Knuutilan (2006, 33) mukaan alkoholinkäyttöön liittyvän omahoidon tukemisessa tärkeää on tunnistaa kansalaisen muutosvalmius. Kehittämistyön tuloksissa tämä ei noussut esiin eikä sitä ole huomioitu sisältökokonaisuudessa. Tämä voi heikentää sisältökokonaisuuden käytettävyyttä omahoidon tuessa.

Tutkimus osoittaa, että palautteen antoa sisältävä internet-sivusto voi olla tehokas tukimuoto omahoidossa alkoholin riski- ja haittakäyttäjillä (Schulz ym. 2013). Samansuuntaisia tuloksia nousi esiin kehittämistyössä. Omahaa tukemaan sisältökokonaisuuteen tuotettiin muun muassa tietopaketti, palautetta sisältävä Audit-kysely

sekä mahdollisuus lähettää kysely ammattilaiselle. Lisäksi tuotettiin juomapäiväkirja, johon kansalaisen on mahdollista saada palautetta ammattilaiselta sekä visuaalinen yhteenveto.

Sisältökokonaisuudella pyritään palveluun, joka on sivulla 18 esitettyjen sähköisen asioinnin keskeisten tavoitteiden mukaista. Kustannustehokkuutta voidaan arvioida vasta palvelun käyttöönoton laajentuessa. Sisältökokonaisuuden tarjoamat palvelut ovat käytettävissä ajasta ja paikasta riippumattomina ja ne voivat korvata muita terveydenhuollonpalveluita. Viestien välitys Hyviksen sisältökokonaisuuteen liittyen on tietoturvallista ja sitä voidaan hyödyntää hoitoprosessien tehostamisessa. Kansalaisella on mahdollisuus hoitaa sisältökokonaisuuteen liittyviä asioita sähköisesti, jolloin hoitotakuun piirissä olevien asioiden hoitamisella vapautuu terveydenhuollon muita resursseja.

Sisältökokonaisuuden laadun takaamiseksi kehittämisprosessissa on kiinnitetty huomiota sivuilla 15 - 16 esitettyihin sähköisen terveystiedon kriteereihin ja sisältökokonaisuus rakentuu kriteereiden mukaisesti. Sisältökokonaisuuden sisältämän tieto on puolueetonta ja ammattilaisten julkaisemaa. Sisältökokonaisuus tehostaa, ei korvaa, hoitosuhdetta terveydenhuoltoon. Lähdeviitteet, HTML-linkit lähteisiin sekä mahdolliset lisätiedon lähteet on merkitty kirjallisen tiedon yhteyteen. Sisältökokonaisuus rakentuu selkeästi ja yhtenevästi ja päivitysajankohta on sivuilla nähtävissä. Hyviksen yleinen palauteosio on käytössä myös sisältökokonaisuudessa, mutta sivujen ylläpitäjän yhteystiedot ovat hankalasti löydettävissä.

Palvelumuotoilu sopi hyvin kehittämistyön menetelmäksi mahdollistaen käyttäjien ja organisaation tavoitteiden ja tarpeiden huomioimisen sekä selkeää vaiheistuksen ja etenemisen kehittämistyössä. Määrittelyvaihe toteutui hyvin kehittäjän aktiivisten yhteydenottojen myötä. Tutkimusvaiheessa yhteissuunnittelukokouksissa tärkeäksi nousi kokouksien suunnitelmien ja käytettyjen menetelmien luova soveltaminen sekä joissain tilanteissa kehittäjän rooli tilanteiden rajaajana. Kokousten anti olisi voinut olla merkittävämpi, jos eri ryhmät olisivat osallistuneet samoihin tilaisuuksiin. Toisaalta tämä olisi voinut sulkea yhteissuunnittelukokousten ulkopuolella nyt mukana olleita ryhmiä tai niiden jäseniä. Suunnitteluvaiheessa prototyypin arviointiin käytet-

ty menetelmä oli haastava. Arviointia olisi voinut helpottaa pidempi aikaresurssi sekä Hyviksen testiversio. Tuotantovaiheessa sisältökokonaisuuden lataamiseen osallistui useita henkilöitä, joka asetti haasteen sisältökokonaisuuden ulkonäön yhteneväisyydelle. Arviointivaiheessa toteutui kehittäjän itsearviointi.

9.2 Kehittämistyön luotettavuus ja eettisyys

Kehittämistoiminnassa suunnittelu, dokumentointi ja arviointi voivat korostaa tiedon luotettavuutta (Ojasalo ym. 2009, 20; Rantanen & Toikko 2009, 7). Kehittämistyön luotettavuuteen on kiinnitetty huomiota koko kehittämistyön prosessin ajan. Kehittämistyö suunniteltiin tarkasti hyödyntäen opinnäytetyön ohjaajien asiantuntijuutta, joka lisää työn luotettavuutta. Kehittämistyölle tyypillisesti työn edetessä esiin tuli kuitenkin vaiheita, joita ei osattu etukäteen tarkkaan suunnitella. Näiden tilanteiden ennakointi ja tarkempi suunnittelu olisi voinut lisätä kehittämistyön luotettavuutta muun muassa arvioitaessa sisältökokonaisuuden sisällön käsitekarttaa sekä prototyyppiä.

Kehittämistyön dokumentointiin ja arviointiin kiinnitettiin huomiota koko prosessin ajan. Prosessin edetessä arviointiin osallistui useita kehittämistyöhön osallistuneita tahoja kuten kansalaisia, ammattilaisia, työn ohjaajat sekä kehittäjä. Moniulotteinen arviointi sekä järjestelmällinen ja huolellinen dokumentointi lisää merkittävästi työn luotettavuutta.

Kehittämistyön perusteltavuutta lisää tutkitun tiedon kokoaminen kehittämisen tueksi (Ojasalo ym. 2009, 20). Suunnitelmallinen tiedonkeruu kehittämistyön suunnitelmaa laatiessa onnistui hyvin ja kehittäjä haki tutkittua tietoa laajasti kansallisista ja kansainvälisistä lähteistä, arvioiden lähteiden luotettavuutta. Tiedonhaun järjestelmällisyyteen kehittäjän olisi kuitenkin voinut kiinnittää tarkemmin huomiota, koska epäjärjestelmällisesti toteutuneen tiedonhaun pohjalta oleellisia lähteitä on voinut jäädä työn ulkopuolelle.

Tuulaniemi (2013, 71) ja Miettinen (2011, 22) toteavat palvelumuotoilua käytettäessä asiakasymmärryksen luomisen minimoivan kehittämisen epäonnistumisen riskit. Kehittämistyön prosessissa oli tiiviisti mukana palvelun käyttäjiä. Asiakasymmärryksen luomisen haasteina esiin nousi joidenkin yhteissuunnittelukokouksien suhteellisen pieni osallistujamäärä, alkoholin ongelmakäytön tasojen hahmottamisen vaikeus sekä asiakaskeskeisyyden tavoittaminen eli omien kansalaisen tai ammattilaisen tarpeita tunnistaminen. Palvelumuotoilu oli kehittäjälle entuudestaan vieras menetelmä, joka saattoi vaikuttaa siihen miten tehokkaasta menetelmästä pystyttiin hyödyntämään.

Miettisen (2011, 32) mukaan kehittäjällä on palvelumuotoilussa tärkeä koordinaattorin rooli toimiessaan sidosryhmien välillä. Kehittäjä pohti omaa rooliaan ja objektiivisuuttaan kehittämistyön edetessä. Oman aseman hahmottaminen moniulotteisessa kehittämistyössä ei aina ollut helppoa, mutta kehittäjä pyrki toimimaan prosessin ajan objektiivisesti. Kehittäjä toimi koordinaattorina usean eri tahon välillä, jolloin kokonaisnäkemysten hahmottaminen ja sen eteenpäin viestiminen oli haastavaa. Kehittäjä tiedosti nämä haasteet ja kiinnitettiin niihin aktiivisesti huomiota kehittämistyö edetessä, joka lisää työn luotettavuutta.

Kehittämistyössä korostuu tieteen tekemisen ja yritysmaailman eettiset säännöt. Tavoitteiden asettelussa tulee noudattaa korkeaa moraalialia, työn toteutus tulee olla rehellinen, huolellinen ja tarkka sekä kehittämistyön tulosten tulee olla hyödyllisiä. (Ojasalo ym. 2009, 48.) Kehittämistyö on tehty eettisyyttä noudattaen, rehellisesti ja huolellisesti, kiinnittäen huomiota työn edetessä järjestelmällisyyteen esimerkiksi yhteissuunnittelukokousten jälkeen kirjoitetussa päiväkirjatyylisissä muistiinpanoissa.

Kehittämistyöhön osallistujien tulee tietää mitä kehittämistyössä tehdään, mihin kehittämistyöllä pyritään ja mikä on heidän rooli kehittämistyössä (Ojasalo ym. 2009, 48). Tämä pyrittiin varmistamaan yhteissuunnittelukokouksia ennen lähetetyillä sähköpostikirjeillä sekä yhteissuunnittelukokouksissa. Kirjeissä ja kokouksissa kerrottiin kehittämistyön tavoite ja tarkoitus, yhteissuunnittelukokousten tavoite ja tarkoitus sekä osallistujien rooli kokouksessa.

Kehittämistyössä osallistujien anonymiteetti tulee suojata ja heidän tulee tietää siitä. Kehittämistyössä kehittämiseen osallistujien suostuttelun ja pakottamisen rajaa tulee miettiä. (Ojasalo ym. 2009, 48.) Yhteissuunnittelukokouksissa ja sähköpostikirjeissä osallistujille kerrottiin, että heidän anonymiteetti suojataan kehittämistyössä, kokouksiin osallistuminen on vapaaehtoista ja sen saa lopettaa haluamanaan ajankohtana. Sähköpostikirjeissä kehoitettiin osallistumaan yhteissuunnittelukokoukseen, mutta ilmaistiin selkeästi sen olevan vapaaehtoista. Raportin kirjoittamisen yhteydessä on kiinnitetty huomiota siihen, ettei kehittämistyöhön osallistuneita henkilöitä voi tekstistä tunnistaa. Tämän vuoksi raportissa ei ole tarkkaan määritelty kehittämistyöhön osallistujia.

Rehellisyydessä tulee kiinnittää huomiota toisten plagiointiin ja vähättelyyn, tulosten yleistämiseen kriitikittömästi, raportoinnin tarkkuuteen harhaanjohtavuuden tai puutteellisuuden osalta ja mahdollisten määrärahojen väärinkäyttöön. (Ojasalo ym. 2009, 49.) Kehittämistyössä ei ole käytetty plagiointia tai vähättelyä. Yhteissuunnittelukokousten ideoinneissa kehittäjän rooli oli kannustava, ei arvioiva, jolloin ei vähättelyäkään esiintynyt. Yhteissuunnittelukokousten ideat on pyritty yleistämään kriitikittömästi ja kehittämistyö raportoimaan tarkasti. Kehittämistyössä ei ollut käytössä määrärahoja.

9.3 Johtopäätökset ja kehittämis ehdotukset

1. Tämän kehittämistyön tavoitteen mukaisesti tuotetun sisältökokonaisuuden voidaan todeta lisänneen alkoholinkäyttöön liittyvän omahoidon sähköisiä palveluita. Tämän voidaan olettaa hyödyntävän aiempaan laajempaa kansalais- ja ammattilaisjoukkoa alkoholinkäytön omahoitoon ja päihdehoitotyöhön liittyvissä asioissa.
2. Kehittämistyön perusteella voidaan todeta palvelumuotoilun toimineen menetelmänä hyvin tässä kehittämistyössä. Kehittämistyöhön on tärkeää sitouttaa kaikki sidosryhmät.

3. Sähköisiä palveluita tuotettaessa kehitettävän järjestelmän asiantuntijan aktiivinen osallistuminen kehittämistyöhön voidaan olettaa olevan välttämätöntä.
4. Kehittämistyön perusteella voidaan ajatella, että ladattaessa sähköistä palvelua tuotantoon lataustyöhön osallistuvien olisi tarpeellista tehdä kiinteää yhteistyötä yhteisen ymmärryksen saavuttamiseksi. Yhteistyö voi helpottua käytettäessä suoria vuorovaikutustilanteet sähköpostiviestinnän sijasta.
5. Tietoteknologian tarjoamien mahdollisuuksien hyödyntämiseksi Suomen julkisen terveydenhuollon tulisi kehittyä. Terveydenhuoltojärjestelmä voisi tulevaisuudessa rakentua enemmän tietoteknologian tarjoamien mahdollisuuksien mukaisesti eikä siten, että tietoteknologialla pyritään korvaamaan nykyisiä terveydenhuoltojärjestelmän palveluita.
6. Alkoholin ongelmakäytön tasot ja riskikäytön rajat voivat olla melko heikosti tunnettuja määritelmiä, joka voi hankaloittaa alkoholin ongelmakäyttäjien palvelujen suunnittelua. Vanha määritelmä alkoholin suurkulutuksesta on ehkä terminä tunnetumpi, mutta termin merkityksen ymmärtäminen ei välttämättä aina vastaa termin todellisuutta. Voidaan ajatella, että kehitettäessä alkoholin ongelmakäyttäjien palveluita huomiota tulisi kiinnittää ongelmakäytön tasojen ymmärtämiseen.

Kehittämistyön jatkoasteena on sisältökokonaisuuden käyttöönoton laajentaminen ja palvelun markkinointi, jotka tulee kohdistua sekä kansalaisiin että ammattilaisiin. Ammattilaiset ovat tärkeässä roolissa palvelun hyödynnettävyyden näkökulmasta ja heidän koulutukseen tulee panostaa. Jatkoasteena on myös sisältökokonaisuuden edelleen kehittäminen, tietopaketin päivittäminen sekä kehittämistyön tuloksien hyödyntäminen muiden Hyvistä käyttävien alueiden Hyviksen sisällön kehittämisessä.

Kehittämisprosessin myötä jatkokehittämishaasteeksi muodostui sisältökokonaisuudesta opinnäytetyön ulkopuolelle rajattujen osioiden kuten päihdehoitajan toteuttama Chat- palvelu sekä päihdehoidon esitietolomake kehittäminen. Näiden sekä

päihdepalvelun ajanvaraustoiminnan kehittäminen toisi lisää käytettävyyttä ja kattavuutta Hyviksen sähköisiin palveluihin päihdepalvelujen osalta.

Jatkossa voi olla tärkeä arvioida tukeeko kehitetty sisältökokonaisuus kansalaisia alkoholinkäyttöön liittyvässä omahoidossa ja ammattilaista päihdehoitotyössä. Tulevaisuudessa voidaan arvioida, mitkä sisältökokonaisuuden osat koetaan hyödyllisinä ja miten ne tukevat kansalaista tai ammattilaista.

Lähteet

- Aalto, M. 2009. Alkoholien suurkulutuksen varhainen tunnistaminen ja hoito. Lääketieteellinen aikakauskirja. Duodecim 8, 891 - 896. Viitattu 9.10.2013.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&viewType=viewArticle&tunnus=duo98003.
- Aalto, M. & Seppä, K. 2009. Alkoholien liikkakäyttö. Teoksessa Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen: opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 11 - 21.
- Aalto, M. & Seppä, K. 2010. Alkoholien riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio. Työterveyslääkäri 2, 25 - 29.
- Aalto, M., Seppänen, K. & Seppä, K. 2008. Alkoholien suurkuluttajan mini-interventiohoito. Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. teoriasta toimivaksi käytännöksi. Toim. K-L Seppä. Sosiaali- ja terveysministeriö, 16 - 20.
- Adams, S., Smith, P., Allan, P., Anzueto, A., Pugh, J. & Cornell, J. 2007. Systematic Review of the Chronic Care Model in Chronic Obstructive Pulmonary Disease Prevention and Management. Archives of Internal Medicine 6, 551-561. Viitattu 10.10.2013.
<http://archinte.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=412079>.
- Aira, M. 2012. Iäkkäiden alkoholikäytön riskit. Suomen lääkärilehti 6, 409 - 412. Viitattu 20.5.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Suomen lääkärilehti.
- Aivoriihi. Innokylä. Viitattu 3.3.2014. <https://www.innokyla.fi/web/malli109565>.
- Alkoholi. 2013. Espoon kaupungin sivustolla. Viitattu 11.4.2014
http://www.espoo.fi/fi-FI/Sosiaali_ja_terveyspalvelut/Hyvinvointi_ja_terveys/Omahoitto/Omahyva/Alkoholi.
- Alkoholijuomien kokonaiskulutus asukasta kohti 100 %:n alkoholina, litraa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sivustolla. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2005 – 2013. Viitattu 12.9.2014.
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/tulossivu?regionCount=1¤tEvent=getData&sexCount=1&setId=p85c1a784c430d8bf6691f6b65745b19b7cebea52dc257b&indCount=1&yearCount=1>.
- Alkoholikuolleisuus kääntyi nousuun. 2013. Tilastokeskus. Viitattu 20.3.2014.
http://tilastokeskus.fi/til/ksyyt/2012/ksyyt_2012_2013-12-30_kat_004_fi.html.
- Alkoholien käyttö on taitolaji. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n sivustolla. Viitattu 5.4.2014. <http://www.taitolaji.fi>.

Alkoholiongelman hoito (online). Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecim ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri Duodecim, 2011 (viitattu 9.3.2014). Saatavilla internetissä: www.kaypahoito.fi.

Alkoholin, tupakka ja riippuvuudet 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin sivustolla. Viitattu 29.10.2014. <http://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet>.

Angeria, M., Hirvasniemi, R. & Inget, K. 2011. Oulu voi tyyppi 2 diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon verkkoon. Diabetes ja lääkäri 6, 26 - 29. Viitattu 9.4.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Medic.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: AKATIIMI Oy.

Athanasopoulou, C., Hätönen, H., Suni, S., Lionis, C., Griffiths, K. & Välimäki, M. 2013. An analysis of online health information on schizophrenia or related conditions: a cross-sectional survey. BMC Medical Informatics and Decision Making 13, 98, 1 - 11. Viitattu 11.4.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23992448>.

Bauman, L. & Dang, T. 2012. Helping patients with chronic conditions overcome barriers to self-care. Nurse Practitioner: The American Journal of Primary Health Care 37, 3, 32 - 38. Viitattu 9.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, PubMed.

Carey, K., Scott-Sheldon, L., Carey, M. & DeMartini, K. 2007. Individual-Level Interventions to Reduce College Student Drinking: A Meta-Analytic Review. Addict Behav. 32, 11, 2469 - 2494. Viitattu 13.1.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17590277>.

Carey, K., Scott-Sheldon, L., Elliott, J., Garey, L. & Carey, M. 2012. Face-to-Face Versus Computer-Delivered Alcohol Interventions for College Drinkers: A Meta-Analytic Review, 1998 to 2010. Clinical Psychology Review 32, 8, 690 - 703. Viitattu 15.2.2014. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735812001146>.

Dancer, S. & Courtney, M. 2010. Improving diabetes patient outcomes: Framing research into the chronic care model. Journal of the American Academy of Nurse Practitioners 22, 580 - 585. Viitattu 9.3.2014. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2010.00559.x/abstract;jsessionid=42FEEAE20362DAF2EA066A2F15E0F062.f01t03?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.

Decision Support, The Chronic Care Model. Improving Chronic Illness Care sivustolla. Viitattu 9.3.2014. http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Decision_Support&s=24.

EBMeDS, Clinical Decision Support. 2011. Duodecim Medical Publications sivustolla. Viitattu 9.3.2014.

http://www.ebmeds.org/web/guest/home?p_id=129189&b_id=129273&s_id=129273&lang=fi.

Edelläkävijä terveyteen. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategia 2011. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä.

Ellis, A., Collin, P. & Hickie, I. 2012. Young Men, Mental Health, and Technology: Implications for Service Design and Delivery in the Digital Age. Journal of Medical Internet Research 6, 1 - 14 Viitattu 3.2.2014.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3510732/?report=reader#!po=3.57143>.

Fors, R., Heimala, H., Kejonen, A., Pitkänen, M., Strand, T., Tamminen, I. & Tenkanen, T. 2012. Yhteistä ponnistelua alkoholin haittojen ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi. Alkoholiohjelman työsuunnitelma vuosille 2012-2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 3.2.2014. <https://www.julkari.fi/handle/10024/90921>.

Global Information System on Alcohol and Health. 2014. WHO:n sivustolla. Viitattu 11.4.2014. <http://www.who.int/gho/alcohol/en/>.

Grazhdankin, E. 2013. Pilvipiperustainen eHealth, eHealth-tutkimusseminaari. Helsingin yliopisto, Tietojenkäsittelytieteen laitos. Viitattu 3.2.2014. <http://www.cs.helsinki.fi/u/grazhdan/>.

Gustafson, D., Boyle, M., Shaw, B., Isham, A., Mc Tavish, F., Richards, S., Schubert, C., Levy, M. & Johnson, K. 2011. An E-health solution for people with alcohol problems. Alcohol Research & Health 33, 4, 327 - 337. Viitattu 5.4.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23293549>.

Hillbom, M. 2014. Alkoholipolitiikassa on palattava taaksepäin. Suomen lääkärilehti 15, 1126 - 1127. Viitattu 10.5.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Suomen lääkärilehti.

Ho 22.6.2011. Pääministeri Jyrki Kataisen hallituksen ohjelma. Viitattu 3.6.2013. Valtioneuvoston kanslia. <http://valtioneuvosto.fi/tietoarkisto/aiemmat-hallitukset/katainen/hallitusohjelma/fi.jsp>.

Hoitotyön strategia. 2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri Viitattu 20.3.2014. <http://www.ksshp.fi/fi-FI/Ammattilaiselle/Hoitotyö>.

Holm, A. & Severinsson, E. 2012. Chronic care model for the management of depression: Synthesis of barriers to, and facilitators of, success. International Journal of Mental Health Nursing 6, 513 - 523. Viitattu 2.3.2014. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1447-0349.2012.00827.x/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>.

HON-koodin periaatteet. Artikkel Health On Teh Net Foundation sivustolla. Viitattu 5.4.2014. <https://www.hon.ch/HONcode/Finnish/>.

Huttunen, M. 2013. Alkoholiriippuvuus. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 8.7.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00196&p_haku=huttunen.

Hyppönen, H. & Niska, A. 2008. Kohti kansalaisen sähköisten terveyspalvelujen rakentamisen hyvää käytäntöä. Stakesin raportteja 9/2008. Helsinki: Stakes. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/74979/R9-2008-VERKKO.pdf>.

Hyvis-palvelut tarjoavat terveystietoa kansalaisille ja mahdollistavat ensimmäistä kertaa terveydenhuollossa turvallisen sähköisen viestinvälityksen ammattilaisten kanssa. 2014. Ksshp edelläkävijä terveyteen. 24.3.2014. Viitattu 2.5.2014. <http://medikes.fi/public/default.aspx?contentid=41221&nodeid=6459>.

Ideariih. Jyväskylän yliopiston sivustolla. Viitattu 3.3.2014. <https://koppa.jyu.fi/avoimet/mit/tietotekniikan-opetuksen-perusteet/Opetusmenetelmista-ja-lahestymistavoista/Opetusmenetelmat/ideariih>.

Jonas, D., Carbutt, J., Amick, H., Brown, J., Brownley, K., Council, C., Viera, A., Wilkins, T., Schwartz, C., Richmond, E., Yeatts, J., Evans, T., Wood, S. & Harris, R. 2012. Behavioral Counseling After Screening for Alcohol Misuse in Primary Care: A Systematic Review and Meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force. *Annals of Internal Medicine* 9, 645 - 654. Viitattu 2.5.2014. <http://annals.org/article.aspx?articleid=1361859>.

Jylhä, V. 2007. Terveydenhuollon verkkopalvelun tarjoama teit ja sen vaikutukset. Asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Viitattu 19.9. 2014. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20090005/.

Jääskeläinen, M. 2012. Päihdehaittakustannukset 2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 4.7.2013. <http://www.julkari.fi/handle/10024/102855>, tilastoraportti.

Kaner, E., Dickinson, H., Beyer, F., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J., Burnand, B. & Pienaar, E. 2009. Effectiveness of brief interventions in primary care populations. *Drug Alcohol Rev* 28, 301 - 323. Viitattu 13.6.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, PubMed.

Kehittämisen prosessi näkyväksi, Näkökulmia ja ohjeita itsearviointiin. 2007. Sosiaalitaidon työpapereita. Sosiaalitaidon sivustolla. Viitattu 31.1.2014. http://sosiaalitaido.fi/ep/tiedostot/Kehittamisprosessi_nakokulmia_ja_ohjeita_itsearviointiin.pdf.

Klemola, L., Vinkanharju, A., Jylhä, V., Saranto, K. & Ensio, A. 2006. Hyvis-Portaalin arviointi. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja nro 45. Kuopion yliopisto, Terveystieteiden ja -talouden laitos, Shiftec-tutkimusyksikkö.

Koikkalainen, P., Ruoranen, M., Ahonen, T., Kuusinen, A. & Kettunen, T. 2013 Tavoitteena terveyshyöty ja osaamisen kehittäminen. Rautaisia ammattilaisia perusterveydenhuoltoon (RAMPE) - hanke 2010 - 2012 Keski-Suomen osahankkeen loppuraportti. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sivustolla. Viitattu 7.1.2014. <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7B0AEE607B-EB41-45A0-859A-4522C615ACA6%7D/45350>.

Koikkalainen, P., Ahonen, T., Ruoranen, M., Hänninen, J., Kuusinen, A., Tiikkainen, P., Kettunen, T., Honkanen, P. & Kumpusalo, E. 2012. Rautaista ammattitaitoa- terveyskeskustyö kestävän kehityksen polulla. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisusarja 126 / 2012. Viitattu 9.10.2013. <http://www.ksshp.fi/download/noname/%7BB43323EF-0802-4161-930C-6B246D8053E9%7D/39383>.

Koivisto, M. 2009. Palvelumuotoilu ja sen DfA-potentiaali. Teoksessa Tulevaisuus ja saavutettava. Toim. P. Tahkokallio. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Suomen DfA-verkosto. 32 - 35.

Koivisto, T., Heinälä, P., Helminen, M. & Seppä, K. 2013. Päihdelääkäreiden asenteet potilaitaan kohtaan. Suomen Lääkärilehti 45, 2923 - 2927. Viitattu 2.3.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto,Nelli-portaali,Suomen_lääkärilehti](http://www.jamk.fi/kirjasto,Nelli-portaali,Suomen_lääkärilehti).

Kuokkanen, M. & Korpilähde, A. 2008. Mini-interventio perusterveydenhuollon työvälineenä. Teoksessa Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. teoriasta toimivaksi käytännöksi. Toim. K-L Seppä. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus, 21 - 22.

Kuokkanen, M. & Seppä, K. 2010. Soveltuvatko mini-interventiosuositukset käytäntöön? Duodecim 126, 1322 - 1327.

Kuolleet ja ikävakioidu kuolleisuus peruskuolemansyyn ja sukupuolen mukaan, kaikki ja 15 - 64-vuotiaat 1969 - 2012. Tilastokeskuksen sivustolla. Viitattu 20.3.2014. http://193.166.171.75/Dialog/varval.asp?ma=010_ksyyt_tau_101&ti=Kuolleet+ja+ik%20vakioidu+kuolleisuus+peruskuolemansyyn+ja+sukupuolen+mukaan%2C+kaikki+ja+15%2D64%2Dvuotiaat+1969%2D2012&path=./Database/StatFin/ter/ksyyt/&lang=3&multilang=fi.

Käypä hoito- suositukset, Käypä Hoito, etusivu. Viitattu 9.3.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/etusivu>.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Finlexin sivuilla. Viitattu 11.4.2014. <http://www.finlex.fi>, lainsäädäntö, ajantasainen lainsäädäntö.

Lahti, J., Rakkolainen, M. & Koski-Jännes, A. 2013. Motivoiva haastattelu kaksoisdiagnoosipotilaiden hoidossa. Duodecim 129, 2063 - 2068.

Linke, S., Murray, E., Butler, C. & Wallace, B. 2007. Internet-Based Interactive Health Intervention for the Promotion of Sensible Drinking: Patterns of Use and Potential Impact on Members of the General Public. *Journal of medical internet research* 2. Viitattu 11.4.2014. <http://www.imir.org/2007/2/e10/>.

Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulu: Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede ja terveyshallinto. Viitattu 11.4.2014 <http://jultika.oulu.fi/Record/isbn978-951-42-9413-6>.

Mattelmäki, K. & Vaajakallio, K. 2011. Yhteissuunnittelu ja palveluiden ideointi. Teoksessa *Palvelumuotoilu*. Toim. S. Miettinen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. 77 - 97.

Medi-IT ja Fujitsu toimittivat sairaanhoitopiireille Hyvis-asiointialustan. 2013. Viitattu 24.3.2014. <http://www.fujitsu.com/fi/about/resources/news/press-releases/2013/hyvis.html>.

Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. 2009. Mieli-2009-työryhmän ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.

Miettinen, S. 2011. Palvelumuotoilu-yhteissuunnittelua, empatiaa ja osallistumista. Teoksessa *Palvelumuotoilu*. Toim. S. Miettinen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. 20 - 41.

Miettinen, S., Kalliomäki, A. & Ruuska, J. 2011. Palvelun konseptointi. Teoksessa *Palvelumuotoilu*. Toim. S. Miettinen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. 107 - 121.

Mikkonen, A. 2007. Samanaikaisen alkoholi-ongelman ja masennuksen varhainen tunnistaminen ja hoito parantavat ennustetta. *Suomen lääkirilehti* 51 - 52, 4747 - 4750. Viitattu 24.3.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Suomen lääkirilehti.

Mäkelä, P., Seppä, K. & Havio, M-L. 2012. Lyhytneuvontaa on syytä lisätä terveydenhuollossa. *Suomen lääkirilehti* 14 - 15, 1166 - 1167. Viitattu 24.3.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Suomen lääkirilehti.

Niemelä, S. 2012. Päihdehäiriöiden varhainen tunnistaminen on haaste terveydenhuololle. *Suomen lääkirilehti* 6, 395. Viitattu 9.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Suomen lääkirilehti.

Nilsen, P. 2010. Brief alcohol intervention—where to from here? Challenges remain for research and practice. *Addiction* 105, 954 - 959. Viitattu 24.3.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20121717>.

Nilsen, P., Aalto, M., Bendtsen, P. & Seppä, K. 2006. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare. *Scandinavian Journal on Primary Health Care* 24, 5 - 15. Viitattu 24.3.2014.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16464809>.

Nielsenin säännöt. Virtuaali- ammattikorkeakoulun sivustolla. Viitattu 26.6.2014.
<http://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot/030308/1111676348138/111677021119/1161290796532/1161290917294.html>.

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

Paukkala, M. 2013. Hyvis-palvelut ja HyvisSADe -yhteistyöprojekti. Maija Paukkala Kehittämispäällikkö, HyvisSADe -projektijohtaja ESSHP 11.9.2013. Viitattu 24.3.2014.
<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2013/kuntamarkkinat/soster/Documents/2013-09-11-09-Paukkala-Maija.pdf>.

Paukkala, M. 2006. Hyvis -terveysportaali auttaa ja neuvoo. Tietoyhteiskuntaohjelma sivustolla. Viitattu 24.3.2014.
http://www.tietoyhteiskuntaohjelma.fi/parhaatkaytannot/sosiaali_ ja_ terveydenhuolto/fi_FI/1150462371939/index.html.

Rakenteet, avuttomuus ja lainsäädäntö. Sosiaali- ja terveydenhuollon ulkopuoliset tekijät -työryhmä. Raportti II. 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Rantanen, T. & Toikko, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Viitattu 5.11.2013. www.uasjournal.fi/index.php/kever/article/viewFile/1088/919.

Rasinen, A. & Deloitte. 2012. Kansalaisen asiointitilin käyttömahdollisuudet terveydenhuollon turvallisessa viestinnässä. Valtiovarainministeriön julkaisu ja 25/2012. Viitattu 28.4.2014.
https://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ ja_ asiakirjat/01_julkaisut/076_ict/20120817Kansal/name.jsp.

Rehma, J., Shilda, K., Gmela, G., Rehm, M. & Frick, U. 2013. Modeling the impact of alcohol dependence on mortality burden and the effect of available treatment interventions in the European Union. *European Neuropsychopharmacology* 23, 89 - 97. Viitattu 20.3.2014.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0924977X12002192>.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja *Duodecim* 21, 2351–2359. Viitattu 11.1.2014.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0& Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=omahoito& Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku& Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle& Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98401.

Routsalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen, Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen lääkäriseura Duodecium.

Räty, T. 2011. Internetin sisältämä terveystieto. Haaste potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutussuhteelle? Pro gradu-tutkielma. Itä-Suomen yliopisto, Sosiaali- ja terveysjohtamisenlaitos, Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. Teemoittelu. KvaliMOTV-menetelmäopetuksen tietovaranto. Yhteiskuntatieteellisen tietovarannon sivustolla. Viitattu 26.6.2014. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L7_3_4.html.

Saarnio, P. & Knuuttila, V. 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. Yhteiskuntapolitiikka 71, 1, 33 - 40. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/100412/061saarnio.pdf?sequence=1>.

Schulz, D., Candel, M., Kremers, S., Reinwand, D., Jander, A. & Vries, H. 2013. Effects of a Web-Based Tailored Intervention to Reduce Alcohol Consumption in Adults: Randomized Controlled Trial. Journal of medical internet research 9. Viitattu 11.4.2014. <http://www.jmir.org/2013/9/e206/>.

Seppä, K. 2006. Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio-hoitosuosituksen yhteenveto. Työterveyslaitos ja Sosiaali- ja terveysministeriö, Alkoholiohjelma. Viitattu 19.9.2014. <http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/alkoholiohjelma/aineistot-ja-julkaisut/ammattilaiset/alkoholi-ja-perusterveydenhuolto>.

Seppä, K., Aalto, M. & Kiianmaa, K. 2012. Alkoholin suurkuluttajasta riskikäyttäjäksi muuttuvatko neuvontarajat? Suomen lääkirilehti 37, 2543 - 2546. Viitattu 9.10.2013. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Suomen lääkirilehti.

Seppänen-Järvelä, R. 2004. Prosessiarviointi kehittämissuorituksissa: Opas käytäntöihin. Stakes, FinSoc Arviointiraportteja. Viitattu 28.5.2014. <http://www.julkari.fi/handle/10024/75862>.

Seppänen-Järvelä, R. & Vataja, K. 2009. Jokainen on kehittäjä. Teoksessa Työyhteisö uusille urille. Toim. R. Seppänen-Järvelä ja K. Vataja. Jyväskylä: PS-kustannus, 11 - 12.

Serkkola, A. 2006. Sähköinen asiointi ja verkkopalvelut avoterveydenhuollossa. Yleislääkäri 5, 30 - 35.

Seybert, H. 2011. Internet use in households and by individuals in 2011. Eurostat: Statistics in focus 66, 1 - 8. Viitattu 11.4.2014. <http://www.ons.gov.uk/ons/rel/rdit2/internet-access---households-and-individuals/2011/stb-internet-access-2011.html>.

Siminerio, L. 2010. The Role of Technology and the Chronic Care Model. Journal of Diabetes Science and Technology 2, 470 - 475. Viitattu 13.2.2014. <http://dst.sagepub.com/content/4/2/470.short>.

Stewart, J. 2012. A critical appraisal of motivational interviewing within the field of alcohol misuse. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19, 933 - 938. Viitattu 10.2.2014. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Pubmed.

Sundgren, S. 2014a. Hyviksen Suomen kartta. Sähköpostiviesti 15.8.2014. Vastaanottoaja U.Norontaus. Hyvis-käyttöalueen kartta.

Sundgren, S. 2014b. Hyvis-alusta sähköiselle asiointille otettu käyttöön Keski-Suomessa. Viitattu 20.3.2014.

<https://uusi.medikes.fi/Public/default.aspx?contentid=43778&contentLan=1&nodeid=23>.

Sundgren, S. 2014c. Tilastot. Sähköpostiviesti 10.10.2014. Vastaanottoaja U.Norontaus. Hyviksen käyttöönotto Keski-Suomessa, Hyvis-tilastot.

Sundgren, S. 2013. Suosituksia terveyden edistämisen Internet- sivuston kehittämiseen Hyvis-portaaliin. Opinnäytetyö. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Sosiaali-terveys- ja liikunta-ala, Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK. Viitattu 11.4.2014.

<http://www.theseus.fi/handle/10024/397/browse?value=Sundgren%2C+Sirpa&type=author>.

Suomen eTerveys-tiekartta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:14. Sosiaali- ja terveysministeriön sivustolla. Viitattu 4.4.2014.

<http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/julkaisu/1056833>.

SWOT. Innokylä. Viitattu 2.7.2014. <https://www.innokyla.fi/web/malli111751>.

Sähköinen asiointi terveydenhuollossa. Julkinen terveydenhuolto sivustolla. Viitattu 28.4.2014. <http://www.tieto.fi/toimialat/sosiaali-ja-terveydenhuolto/julkisen-terveydenhuollon-tietojarjestelmat/terveydenhuollon-sahkoinen-asiointi>.

Säynäjäkangas, O., Andersen, H., Lampela, P. & Keistinen, T. 2011. Terveystyömalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. *Suomen lääkärilehti* 8, 664 - 665. Viitattu 9.10.2013. [Http://www.jamk.fi/kirjasto](http://www.jamk.fi/kirjasto), Nelli-portaali, Suomen lääkärilehti.

Tensil, M-D., Jonas, B. & Strüber, E. 2013. Two Fully Automated Web-Based Interventions for Risky Alcohol Use: Randomized Controlled Trial. *Journal of medical internet research* 15, 6. Viitattu 11.4.2014. <http://www.jmir.org/2013/6/e110/>.

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 6.11.2014. <http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/-/julkaisu/1057615>.

Terveyden edistämisen toimintaohjelma. 2012. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2009 - 2013. Terveyden edistämisen ohjausryhmä.

Terveydenhuoltobarometri: Lähes puolet suomalaisista arvioi Suomen terveydenhuollon ja sairaanhoidon huonontuneen. 2008. AstraZeneca Suomi sivustolla. Viitattu 4.4.2014. <http://www.astrazeneca.fi/uutiset-ja-tiedotteet/Article/terveydenhuoltobarometri-lahes-puolet-suomalaisista-arvioi-suom>.

Terveysportti. Viitattu 9.3.2014. <http://www.terveysportti.fi/>.

The commitment to reliable health and medical information on the internet. Artikkel Health On The Net Foundation sivustolla. Viitattu 5.4.2014. <http://www.hon.ch/HONcode/Patients/Visitor/visitor.html>.

Tietoa Hyvis.fi sivustosta. 2013. Hyvis. fi sivustolla. Viitattu 20.3.2014. <http://www.hyvis.fi/lan/fi/Sivut/kayttoehdot.aspx>.

Tipaton. Ehkäisevä päihdetyö EHYT ry:n koordinoimalla sivustolla. Viitattu 5.4.2014. <http://www.tipaton.fi>.

Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy-Juvenes Print.

Tukevaa tietoa, voimaa valintoihin, A-klinikkasäätiön Päihdelinkki. Päihdelinkki sivustolla. Viitattu 9.3.2014. <http://www.paihdelinkki.fi/>.

Tuulaniemi, J. 2013. Palvelumuotoilu. 2. painos. Helsinki: Talentum.

Vaahtojärvi, K. 2011. Palvelukonseptien arviointi. Teoksessa Palvelumuotoilu-uusia menetelmiä käyttäjätiedon hankintaan ja hyödyntämiseen. Toim. S. Miettinen. Helsinki: Teknologiainfo Teknova Oy. 131 - 146.

Vaajakallio, K. & Mattelmäki, T. 2013. Yhteissuunnittelu avaa uusia näkymiä julkiselle sektorille. Teoksessa Hyvinvoinnin muotoilu. Toim. T. Keinonen, K. Vaajakallio ja J. Honkonen. Helsinki: Aalto-yliopiston julkaisusarja taide+muotoilu+arkkitehtuuri 1/2013, 59 - 73.

Vasilaki, E., Hosier, S. & Cox, W. 2006. The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: a meta-analytic review. Alcohol & Alcoholism 41, 3, 328 - 335. Viitattu 10.2.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16547122>.

Vilkman, S., Ekroos, H., Lehikoinen, O-P., Pakkanen, K. & Ranta, P. 2010. Astmaatikkojen tele-Pef-seurannan testaus osoitti hyvät käyttömahdollisuudet. Suomen lääkäri-lehti 45, 3523 - 3524. Viitattu 10.2.2014. <http://www.jamk.fi/kirjasto>, Nelli-portaali, Suomen lääkäri-lehti.

Warpenius, K., Holmila, M. & Tigerstedt, C. 2013. Johtopäätöksiä. Teoksessa Alkoholi- ja päihdehaitat läheisille, muille ihmisille ja yhteiskunnalle. Toim. K. Warpenius, M. Holmila & C. Tigerstedt. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. 204 - 208.

What is service design? Service design network sivustolla. Viitattu 31.1.2014.

<http://www.service-design-network.org/intro/>.

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 5. Viitattu 11.4.2014.

<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. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti. Viitattu 15.2.2014

<http://www.julkari.fi/handle/10024/80372>.

Yli neljännes 75 - 89-vuotiaista käyttää internetiä. Artikkelit tilastokeskuksen sivuilla.

Viitattu 5.4.2014. https://www.stat.fi/til/sutivi/2013/sutivi_2013_2013-11-07_tie_001_fi.html.

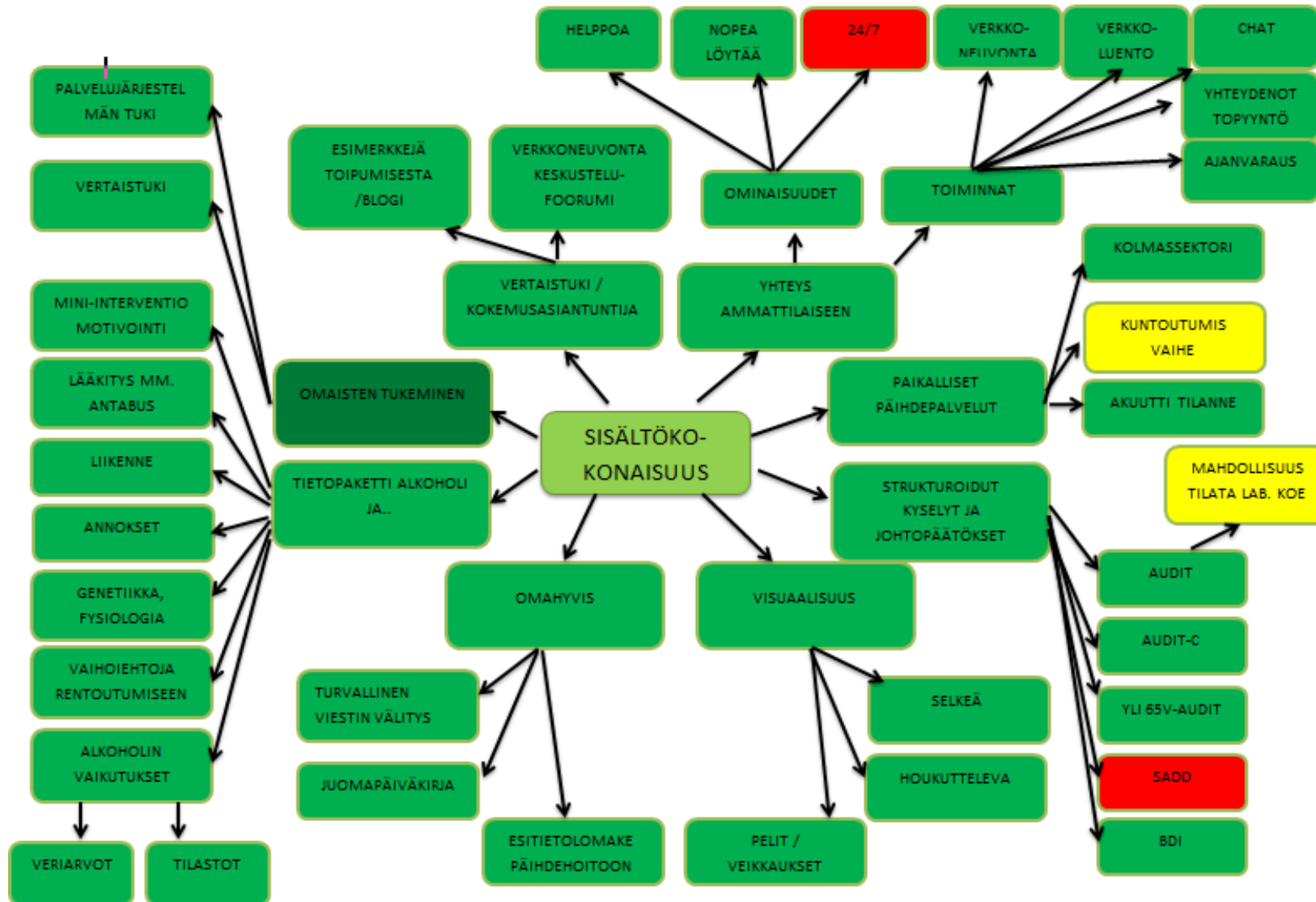
Liitteet

Liite 1. Yhteissuunnittelukokousten ideoiden luokittelu

Yhteissuunnittelukokouksen ideoita	Yhdistävä määritelmä
<ul style="list-style-type: none"> + Yhteydenotto helppoa ja nopeasti löydettävää + Ympäri vuorokautinen yhteys • Soittopyynnön jättö mahdollisuus + Ajanvaraus ammattilaiselle + Virtuaalinen vastaaja, Chat + Anonyymi nettineuvonta (ammattilainen) + Keskustelufoorumi (vertaistuki / kokemusasiantuntija) • Nettiryhmä, AA-ryhmä 	Yhteydenotto
<ul style="list-style-type: none"> + Hoitopolku + Reaaliaikaiset päihdepalvelut: mikä paikka on auki juuri nyt + Paikalliset palvelut: mihin kukakin ohjautuu? + Hoitoon ohjaus ja tiedot eri hoitomahdollisuuksista ja kuntoutuspaikoista + Linkit hoitokontakteihin, kolmassektori • Lähimmät palvelut: kone tunnistaa missä ihminen on ja avaa tiedon lähimmistä palveluista • Raittiuden ylläpitämisessä esim. kela, sossu, lastensuojelu, harrastusmahdollisuudet • Ajankohtaisia tapahtumia 	Paikallisten palvelujen yhteystiedot
<ul style="list-style-type: none"> + Audit, SADD, BDI, Audit-C ja yli 65v-audit <ul style="list-style-type: none"> o mahdollisuus lähettää ammattilaiselle, (kun hoitopolku) o voi täyttää uudestaan ja verrata tuloksia o lab. kokeiden tilausmahdollisuus testin täytettyä + Pisteytys ja johtopäätökset pisteistä 	Strukturoidut kyselyt
<ul style="list-style-type: none"> + Esitietolomake / päihteidenkäytön kartoitus • Yhteydenottomahdollisuus ammattilaisiin, päihdehoitajiin + Omahyvistä käytetään, kun hoitopolku on jo alkanut + Ylläpidetään yhteyttä Omahyviksen kautta, ammattilainen on aktiivinen osapuoli + Juomapäiväkirja, joka jää talteen + Antabuslabrat: kutsu kokeisiin tekstiviestillä, labra tulokset kansallaiselle ja vastaus onko saanut ohjeet, yhteistyö apteekin kanssa: ei lab. kutsua jos lääkettä ei ole haettu. 	OmaHyviksen käyttö
<ul style="list-style-type: none"> + Alkoholien vaikutukset negatiiviset ja positiiviset • Alkoholiannokset + Genetiikka, fysiologia, psyyke • Vaihtoehtoja rentoutumiseen • Lainsäädäntö 	Tietopaketti

<ul style="list-style-type: none"> + Ajokorttiseuranta ja alkolukko • Mini-interventio ja motivointi • Antabus annosteluohjeet, labrojen ohjeet + Tilastoja alkoholin vaikutuksista ja haitoista 	
<ul style="list-style-type: none"> + Vertaistuki /Kokemusasiantuntijan käyttö + Kokemusasiantuntijoiden kirjoituksia ja kokemuksia luettavaksi eri tasoisia tarinoita 	Kokemusasiantuntija / vertaistuki
<ul style="list-style-type: none"> • Linkit omaisten vertaistukeen • Miten voi hakea apua läheisenä? • Miten voi tukea läheistään? 	Omaisille
<ul style="list-style-type: none"> • Houkutteleva/ myyvä sisältö "Me tarjoamme..." + Selkeys / opastus ymmärrettävä: kansalaisen kielellä + Ei liikaa informaatiota "etusivulla" + Kansalaiselle mahdollisuus antaa palautetta ja aloitteita Hyvis-sivuston sisällöksi • Ei samaa tietoa kuin jo muualla • Kirjautuminen helpompaa • Onko vain Suomeksi? 	Sivuston visuaalisuus
<ul style="list-style-type: none"> • Blogi • Nettiluento alkoholinkäyttöön liittyen + Videoklippejä: julkisuuden henkilöt kertomassa tarinaansa • Näkymä "känniläsien" läpi • Mistä löytyy Hyvis kun kansalainen hakee tietoa alkoholinkäyttöön liittyen? • Veikkaus/ peli / stressipisteet/ elinajanlaskuri • Kansalaisella mahdollisuus antaa palautetta ja sisältö ehdotuksia • Miten puuttua työkaverin alkoholin käyttöön? + Lastensuojelu ja mahdollisuus tehdä lastensuojeluilmoitus 	Muuta
<ul style="list-style-type: none"> • Elämäntapamuutos / kokonaisvaltaista tukea • Eri vaiheessa oleville eri informaatiota + Uudenlaisen alkoholin kulttuurin luominen, puhuminen alkoholista arkipäivää, kysyminen helppoa • Matalakynnys • Päätös ajo-oikeudesta tulee sähköisesti poliisilta • Yhteys apteekkiin 	Tavoite

Liite 3. Ammattilaisten luokittelema käsitekartta



Liite 4. Kansalaisten luokiteleva käsitekartta

