



MEDIFIED- ohjelmiston lyhyt- ja psykoterapeuttilähtöinen arviointi ja kehitys

Kirsi Koskinen

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2022

Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto (YAMK)
Hyvinvointiteknologian tutkinto-ohjelma

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hyvinvointiteknologian ylempi tutkinto-ohjelma

KOSKINEN, KIRSI:

MEDIFIED-ohjelmiston psyko- ja lyhytterapeuttilähtöinen arviointi ja kehitys

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 5 sivua
Toukokuu 2022

Opinnäytetyö on tehty yhdessä Medified Solutions Oy:n kanssa. Yritys tarjoaa mielenterveyshoitoa tehostavan, innovatiivisen ja potilaskeskeisen, CE-merkityn ohjelmiston hoidonseurantaan ammattilaisille, ja ilmaisen mobiilisovelluksen oman mielialan seuraamiseen mielenterveyskuntoutujille tai oman mielensä hyvinvoinnista kiinnostuneille. Opinnäytetyön tarkoituksena ja tavoitteena oli MEDIFIED-ohjelmiston psyko- ja lyhytterapeuttilähtöinen arviointi ja kehittäminen. Kohderyhmäksi valikoitui kyseinen ammattiryhmä, koska heidän keskuudessaan ei vastaavaa kyselyä tai tutkimusta ole vielä tehty Medifiedin toimesta.

Kyseessä on laadullinen tutkimus. Ensin suoritettiin verkkokysely, jonka avulla löydettiin haastateltavat terapeutit. Verkkokyselyyn vastauksia saatiin 38 kappaletta. Ohjelmisto esiteltiin viidelle psyko- ja lyhytterapeutille ja samassa toteutettiin avoin teemahaastattelu. Näin kerättiin aineisto, josta aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla saatiin johdettua ohjelmistoa koskevat kehitysideat.

Kyselyn pääasiallisen tarkoituksena oli haastateltavien löytäminen, joten opinnäytetyö ei keskity kyselyn tulosten analysointiin. Kyselyn tulokset käytiin läpi työelämän toimijan edustajan kanssa, joten yritys pääsi halutessaan hyödyntämään kyselyn tuloksia. Haastatteluista kerättyaineisto analysoitiin, ja analyysinkautta saatiin johdettua kuusi kehitysideoiden pääluokkaa, termistö, testit, visuaalisuus, grafiikka, asetukset ja lisätoiminnot. Oli tärkeää huomata, että kyseessä olivat kuitenkin nimenomaan kehitysideat, eli käytön estäviä haasteita ei ohjelmiston käytettävyydestä noussut.

Asiasanat: asiakaslähtöinen ohjelmistokehitys, mobiilisovellus, käytettävyys, digitaaliset työkalut

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Master's Degree Programme in Welfare Technology

KOSKINEN, KIRSI

Short-Term and Psychotherapeutic Evaluation and Development of MEDIFIED Software

Master's thesis 53 pages, appendices 5 pages
May 2022

The purpose and aim were the psycho- and short-therapist-based evaluation and development of the MEDIFIED software. This is a qualitative study. First, an online survey was conducted to find the therapists to be interviewed. The software was presented to a selected sample of psycho- and short-therapists whilst performing an open thematic interview.

The development ideas for the software were obtained from the material with the help of material-based content analysis.

The main purpose of the survey was to find interviewees, so the thesis does not focus on analyzing the results of the survey. The data collected from the interviews were analyzed, and six main categories of development ideas, *terminology*, *tests*, *visuals*, *graphics*, *settings* and *additional functions* were derived from the analysis. The features which the interviewees found particularly useful are also presented in the results. The theoretical framework can be found in the customer-oriented development and usability of the software.

The interviewees were excited to come up with new ideas for software development. It was important to note, however, that these were development ideas, that is, the challenges that prevented usage did not arise from the usability of the software.

Keywords: user-based software development, mobile application, usability, digital tools

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA.....	7
	2.1 Medified Solutions Oy:n esittely	7
	2.2 MEDIFIED-sovellus	7
	2.3 MEDIFIED-ohjelmisto.....	11
	2.4 Kohti opinnäytetyötä.....	14
3	TAVOITE, TUTKIMUSKYSYMYS SEKÄ KOHDERYHMÄ.....	16
4	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	17
	4.1 Ohjelmiston asiakaslähtöinen kehitys	17
	4.2 Käytettävyys.....	20
	4.3 Digitaalisuus mielenterveystyössä	22
5	LAADULLISEN TUTKIMUKSEN AINEISTON HANKINTA.....	24
	5.1. Kyselylomake osana tutkimusta	24
	5.2. Teemahaastattelu osana tutkimusta	25
	5.3. Tutkimusetiikka	27
6	AINEISTON ANALYSOINTI	29
7	TUTKIMUSTULOKSET	31
	7.1. Kyselyn tuloksista.....	31
	7.2. Teemahaastattelun tuloksista	34
	7.2.1 Kehut ja kiitokset	35
	7.2.2 Kehitysideat.....	37
	7.2.3 Mobiilisovellusta koskevat kehitysideat	41
8	POHDINTA	43
9	LÄHTEET	46
	LIITTEET	49
	Liite 1. Verkkokysely	49
	Liite 2. Taulukko ala-, ylä- ja pääluokkiin jak.....	53

LYHENTEET JA TERMIT

CE-merkintä	CE-merkintä osoittaa, että tuote on läpikäynyt EU:n asettamat tarkastukset, ja se täyttää EU:n turvallisuus-, terveys- ja ympäristövaatimukset. On valmistajan vastuulla varmistaa, että tuote on kaikkien sitä koskevien vaatimusten mukainen, ja tehtävä siihen CE-merkintä. CE-merkintää ei saa tehdä tuotteisiin, joilta merkintää ei edellytetä. (Euroopan Unioni a, 2021.)
GDPR	Yleinen tietosuoja-asetus. Asetuksessa määrätään yrityksille ja organisaatioille tarkat vaatimukset henkilötietojen keräämistä, säilytystä ja hallinnointia koskien. (Euroopan Unioni b, 2021.)
PGHD	Patient Generated Health Data. Terveysteen liittyvää tietoa, jonka on kliinisen ympäristön ulkopuolella olevan potilaan itse tuottamaa (Cortez, Hsii, Mitchell, Riehl & Smith 2018).

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa lyhyt- ja psykoterapeuttien toiveita ja tarpeita digitaalisen hoidonseurantaan tarkoitetun MEDIFIED-ohjelmiston suhteen. Tavoitteena oli löytää käyttäjälähtöiset kehittämistarpeet sekä johtaa mahdolliset ideoiden pohjalta nousseet käytännön muutokset. Opinnäytetyön keskiössä on siis käyttäjälähtöinen kehitystyö. Luonteeltaan opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus, jonka pääasiallinen aineisto hankittiin teemahaastattelun avulla. Haastatteluista saadusta aineistosta johdettiin tutkimustulokset aineistolähtöisen sisällönanalyysin sekä teemoittelun avulla.

Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä Medified Solutions Oy:n kanssa. Yritys on nuori, vuonna 2019 perustettu startup, joka keskittyy mielenterveyshoidon digitaaliseen kehittämiseen. Medified Solutions Oy tarjoaa mielenterveyshoitoa tehostavan, innovatiivisen ja potilaskeskeisen, CE-merkityn ratkaisun hoidonseurantaan. CE-merkintä takaa EU:n lainsäädännön mukaisten vaatimusten täyttymisen (Euroopan Unioni a, 2021). MEDIFIED-sovellus tarjoaa ilmaisen mobiilisovelluksen mielenterveyspotilaille, tai kenelle tahansa, joka haluaa seurata mielialojaan, reflektoida tunteitaan ja edistää mielensä hyvinvointia. Hoitokontaktissa oleva potilas/asiakas pystyy lisäämään hoitokontaktin personoidun koodin avulla mobiilisovellukseen, jolloin potilaan täyttämät tiedot välittyvät ammattilaiselle. Ammattilainen näkee tietokoneeltaan potilaan täyttämiä merkintöjä sekä niistä luotuja tilastoja ja diagrammeja pilvipohjaisen ohjelmiston kautta. Pilvipohjainen ohjelmisto on saatavilla kaikilla päätelaitteilla Internet-selaimen kautta.

Opinnäytetyö keskittyy siis ammattilaisen näkökulmaan, jolloin ohjelmiston käyttäjänä on terapeutti. Näkökulmana on ohjelmistojen käyttäjälähtöinen arviointi- ja kehitystyö. Työelämän toimijan toiveesta kohderyhmäksi valittiin ammattiryhmä, jolle ei ole aiemmin suunnattu kyselyitä tai joiden keskuudessa ohjelmisto ei ole laajasti käytössä. Koska ohjelmisto ei ollut tuttu haastateltaville haastattelu tehtiin demoamisen yhteydessä, eli ohjelmiston demoversiota esiteltiin ja samalla kyseltiin kehitysideoita ja ajatuksia ohjelmiston suhteen. Näin ollen materiaalia siis kerättiin ohjelmiston demoamisen yhteydessä tapahtuvan teemahaastattelun kautta, joihin haastateltavat löytyivät verkkokyselyn avulla.

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTAA

2.1 Medified Solutions Oy:n esittely

Medified Solutions Oy (<https://fi.medified.fi/>) on nuori, vuonna 2019 lääketieteen kandiin perustama start-up yritys, joka keskittyy mielenterveyshoidon digitaaliseen kehittämiseen. Tiimi koostuu lääketieteen, tekniikan ja liiketoiminnan tulevaisuuden osaajista. Tavoitteena on tarjota mielenterveyshoitoa tehostava, innovatiivinen ja potilaskeskeinen, CE-merkitty ratkaisu hoidonseurantaan. Yritys haluaa sovittaa teknologiset innovaatiot yhteen ihmisyyden kanssa ja tarjota parasta hoitoa mielenterveyskuntoutujille, sekä helpottaa ammattilaisten työnkuva dynaamisella hoidonseurannalla. Mielenterveyskuntoutujien rohkeus on toiminut myös yrityksen rohkeuden esikuvana ja inspiraationa. (Medified n.d.) Helmikuussa 2022, opinnäytetyöprosessin ollessa kesken, ruotsalainen psykologien etävastaanottoja tarjoava Mindler osti Medifiedin.

2.2 MEDIFIED-sovellus

MEDIFIED-sovellus on ilmainen, tekoälyä hyödyntävä mobiilisovellus, joka on kenen tahansa ladattavissa älypuhelimien tai tabletin sovelluskaupasta. Mikäli käyttäjällä on mielenterveyspuolen hoitokontakti olemassa, voi hän yhdistää hoitokontaktin personoidun koodin avulla mobiilisovellukseen. Tällöin asiakkaan täyttämät tiedot välittyvät suoraan ammattilaiselle, joka pääsee tarkastelemaan asiakkaan syöttämää dataa omasta ammattilaisen ohjelmiston näkymästään. Sovelluksen käyttäjiä on jo yli 1500. (Medified n.d.)

PGHD (Patient Generated Health Data) on ilmiönä tuore, mutta jatkuvasti lisääntyvä trendi. Potilaat osaavat paitsi vaatia terveystietojansa saatavilleen, ovat he myös valmiita yhä aktiivisemmin näitä tietoja itse tuottamaan. Potilaan itsensä tuottama terveystieto on arvokasta paitsi ammattilaiselle, voi myös auttaa potilasta ottamaan enemmän vastuuta hyvinvoinnistaan. (Huba & Zhang 2012.)

Sovellus on CE-merkitty lääkinnällinen laite, eli se on läpikäynyt EU:n lainsäädännön mukaisen kliinisen arvioinnin ja riskien arvioinnin. Lisäksi sen

tietosuoja täyttää GDPR:n (General Data Protection Regulation, yleinen tietosuoja-asetus) vaatimukset, eikä käytöstä syntyvää tietoa hyödynnetä muuta kuin sovelluksen jatkokehittämiseen. Käyttäjänsä mielenterveyttä tukeva, tekoälyä hyödyntävä mobiilisovellus tarjoaa siis tietoturvallisen tavan jakaa omaa mielialaa koskevaa tietoa suoraan omalle terveydenhuollon ammattilaiselle. Samalla se tarjoaa helpon ja konkreettisen tavan seurata oman mielialan kehitystä ja mielen hyvinvointia. (Medified n.d.)

Seuraavaksi esitellään sovelluksen toimintaperiaate sovelluksesta otettujen kuvien avulla. Ideana on, että sovelluksen kautta täytetään päivittäinen mielialakysely, jossa määritetään päivän mielialalle numeerinen arvosana (kuva 1a-c). Sen jälkeen on mahdollista täyttää vielä mielialaan vaikuttavia asioita omin sanoin (kuva 2).



Kuva 1 a-c. Päivän mielialan numeerinen arviointi.

Onko sinulla tänään ollut tuntemuksia?

Syötä tuntemuksia tai oireita, jotka vaikuttavat oloosi tänään.

+ Lisää

x masentuneisuus

x ahdistus

kiitollisuus

ärtymys

innostus

huoli

malttamattomuus

← Takaisin

Seuraava

Kuva 2. Tuntemusten lisääminen.

Kuinka paljon tuntemukset vaikuttavat elämääsi?

Kuvaile oireiden ja tuntemusten vaikutuksia asteikolla.

Vähän

Paljon

masentuneisuus

ahdistus

← Takaisin

Seuraava

Kuva 3. Tuntemusten vaikutuksen arviointi.

Käyttäjä saa vielä tarkentaa kuinka paljon merkkäämansa tuntemukset vaikuttavat arkeen siirtämällä asteikkoa sopivaan kohtaan (kuva 3).

Tämän jälkeen sovellus voi kysyä vielä jotain mielen hyvinvointiin liittyvää, kuten ”Tuntuuko joskus siltä, että et ole täyttänyt velvollisuuksiasi?”

Mikäli tähän vastaa kyllä, sovellus antaa vielä liikuttaa mittaria haluamaansa kohtaan: lähes joka päivä, yli kolmena päivänä viikossa, 1-2 kertaa viikossa, 2-3 kertaa kuukaudessa, Ei juuri koskaan. Tämän jälkeen sovellus antaa vielä hieman lisätietoa velvollisuudentunteesta, jonka jälkeen pääsee halutessaan lisäämään vielä mielialaa nostavia ja laskevia tekijöitä (kuva 4 a-c).

Tuntuuko joskus siltä, että et ole täyttänyt velvollisuuksiasi?

Valitse sopivin vaihtoehto

Kyllä

Ei

← Takaisin

Seuraava

Tuntuu, että en ole täyttänyt velvollisuuksiani...

Liikuta mittari haluamaasi kohtaan

Lähes joka päivä

yli 3 päivänä viikossa

1-2 kertaa viikossa

2-3 kertaa kuukaudessa

Ei juuri koskaan

← Takaisin

Seuraava

Tuntuu, että en ole täyttänyt velvollisuuksiani...

2-3 kertaa kuukaudessa

Ohimenevät velvollisuuksien laiminlyönnin tunteet ovat normaaleja. Jos tunne liittyy usein samaan asiaan, kannattaa pohtia sen taustalla olevia ajatuksia.

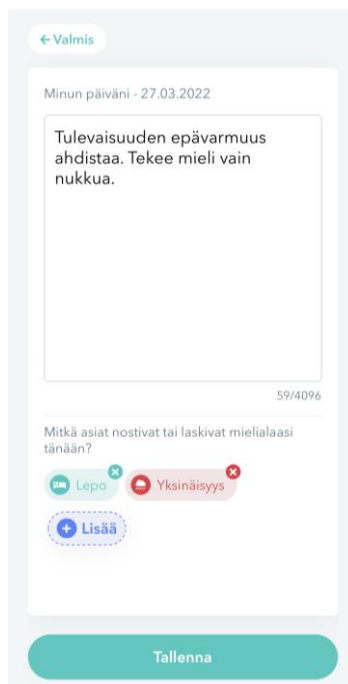
Valmis

Päiväkirjaan →

Kuva 4 a-c. Mielen hyvinvointiin liittyvä kysymys.



Kuva 5. Tukevat ja kuormittavat asiat.



Kuva 6. Päiväkirjamerkintä.

Vihreälle alustalle käyttäjä saa valita mielialaa nostavia ja mielen hyvinvointia tukevia tekijöitä ja punaiselle mielialaa laskevia tekijöitä (kuva 5). Seuraavaksi käyttäjä pääsee luomaan päiväkirjamerkintää (kuva 6).



Kuva 7. Hoito-osio.

Sovelluksen kautta on mahdollista tehdä erilaisia testejä, kuten alkoholinkäyttötesti Audit. Käyttäjä pääsee näkemään myös erilaisia, täyttämiensä tietojen perusteella luotuja visuaalisia koosteita mielensä hyvinvoinnista. Hoitokontaktin lisääminen onnistuu sovelluksen Hoito-osioista (kuva 7), josta pääsee myös tarkastelemaan hoitohenkilökuntaa, tukimuotoja sekä hoitoa tarjoavaa organisaatiota, mikäli hoitokontakti on jo olemassa.

Sovellus muistuttaa mielialakyselyn täyttämisestä päivittäin käyttäjän asettamaan kellonaikaan, mikäli käyttäjä on tämän asetuksen aktivoinut. Sovellus nostaa esiin päiväkirjamerkintöjä käyttäjän uudestaan nähtäville niin päivinä, kun käyttäjä täyttää poikkeuksellisen negatiivisen arvion mielialastaan.

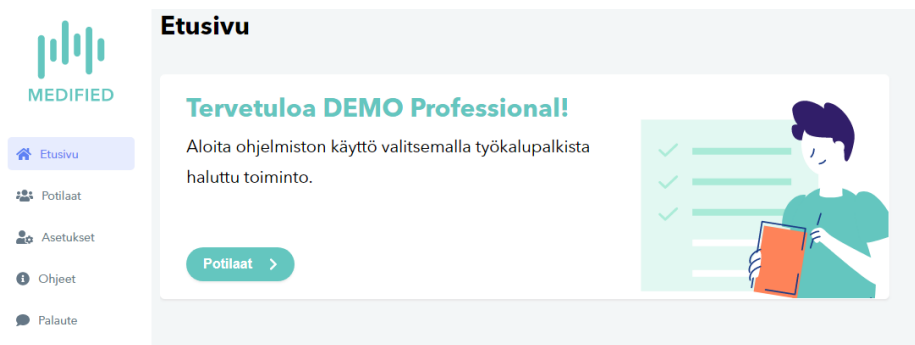
Näin sovellus pyrkii muistuttamaan käyttäjää positiivisista asioista, sekä siitä, ettei alavireinen mieliala ole jatkuvaa.

2.3 MEDIFIED-ohjelmisto

MEDIFIED tarjoaa CE-merkityn pilvipohjaisen ohjelmiston ammattilaisen käyttöön. Ammattilainen näkee tietokoneeltaan potilaan täyttämiä merkintöjä sekä niistä luotuja tilastoja ja diagrammeja. Kaikki ammattilaisen näkymässä esillä oleva data on asiakkaalta itseltään peräisin. Ohjelmisto on hoidonseurannan työkalu, näin ollen ammattilainen ei täytä järjestelmään mitään merkintöjä tai muistiinpanoja. Ohjelmistoa käyttää jo yli 150 ammattilaista. (Medified n.d.)

Ohjelmisto tarjoaa yhdellä silmäyksellä paljon infoa asiakkaan mielialan kehityksestä. Läpi ohjelmiston on nähtävissä ns. liikennevalosysteemi, eli positiivinen, noususuhdanteinen kehitys on merkitty vihreällä värillä, kun taas negatiivisesta muutoksesta hälyttävä punainen kiinnittää heti huomion, keltaisen kuvastaessa neutraalia tilaa. Näin ollen ammattilainen näkee nopeasti yhdellä vilauksella, onko asiakkaan mielialassa tapahtunut hälyttävää muutosta. Hiiren osoitinta hyödyntämällä ammattilainen näkee yksityiskohtaisempaa informaatiota asiakkaan täyttämien tietojen mukaan. Tietyt osiot (kuten testit ja oirekuvaukset) on klikattavissa suuremmiksi, jolloin niiden tarjoamaan informaatioon pääsee tutustumaan yksityiskohtia myöten.

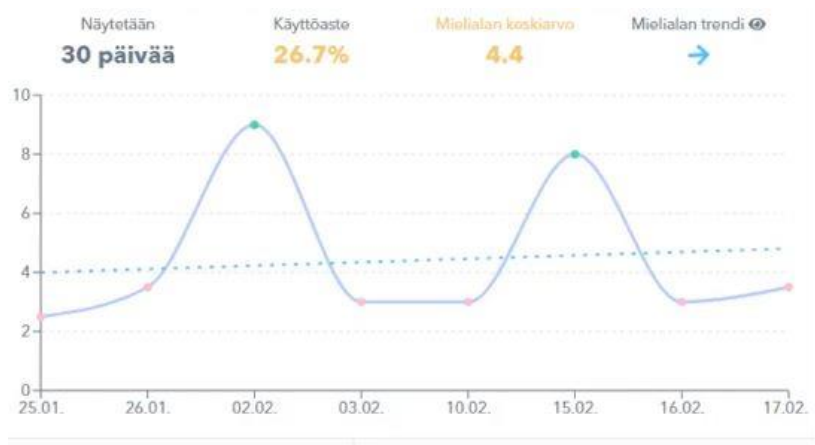
Seuraavaksi esitellään ohjelmiston toimintaperiaate kuvien avulla. Ohjelmistoon kirjaudutaan verkkoselaimen kautta omilla henkilökohtaisilla tunnuksilla. Etusivunäkymä toivottaa ammattilaisen tervetulleeksi ja tarjoaa nopean pääsyn asiakkaiden tietoihin (kuva 8).



Kuva 8. Etusivun näkymä.

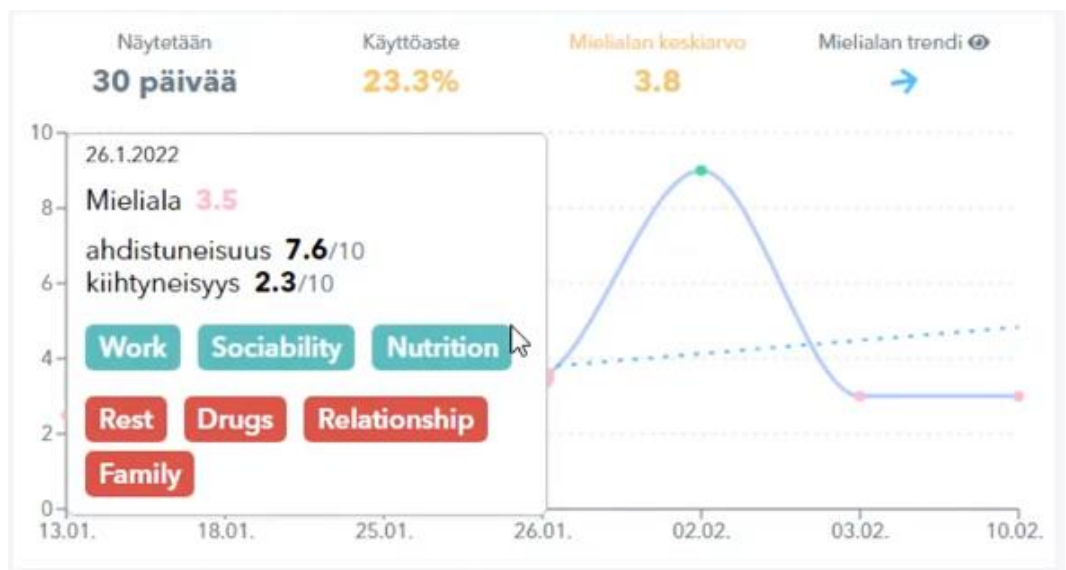
Klikattuaan "potilaat"-painiketta ohjelmisto listaa asiakkaat valittuun järjestykseen. Valintavaihtoehtona on *suurin mielialan muutos*, viimeksi tarkastettu tai *eniten uusia merkintöjä*. Asiakasta voi hakea myös nimellä. Asiakkaan tiedot aukeavat yhden sivun näkymään. Nähtävillä on asiakkaan

- a) täyttämien tietojen perusteella luotu graafi, josta näkee mielialan kehityksen sekä kaikki asiakkaan täyttämät mielialaa tukevat ja sitä laskevat tekijät, päiväkirjamerkinnot yms. asiakkaan syöttämä data visuaalisessa muodossa (kuva 9).



Kuva 9. Grafiikka.

Kun hiiren osoitin viedään graafissa halutun päivämäärän kohdalle, nähdään lisäinfoa asiakkaan täyttämien tietojen osalta, kuten alla olevasta kuvasta (10) nähdään.



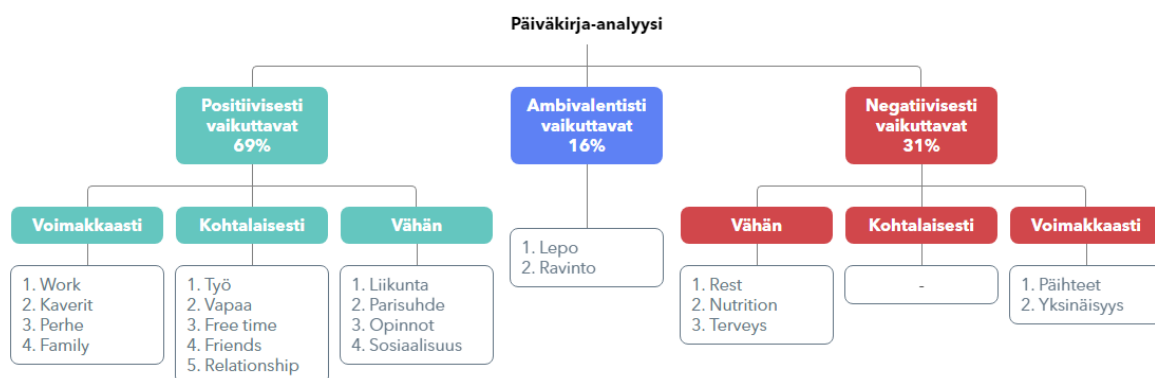
Kuva 10. Lisäinfonäkymä.

- b) täyttämät testit ja niistä saadut pistemäärät (kuva 11). Pistemäärän vieressä oleva väri kertoo, onko kyselyn pistemäärät nousussa vai laskussa verrattuna edellisiin testituloksiin. Kyselyn saa klikattua myös kokonaan auki, jolloin ammattilainen näkee mitä asiakas on mihinkin kysymykseen vastannut.

AUDIT	20 / 40	
16.2.2022		
BDI-21	36 / 63	
13.11.2021		
GAD-7	10 / 21	
16.3.2022		
PHQ-9	10 / 27	
1.11.2021		
CORE-OM	1.9 / 4	
26.1.2022		
CORE-10	20 / 40	
3.2.2022		

Kuva 11. Testit.

- c) täyttämät päiväkirjamerkinnot, jotka piirtyvät myös visuaalisessa muodossa graafille. Päiväkirjamerkinnoista saa klikattua auki myös puumuotoisen graafin (kuva 12), jossa on kattavasti jaoteltu asiakkaan täyttämän perusteella mielialaa nostavat ja sitä laskevat asiat.



Kuva 12. Päiväkirja-analyysi

- d) oirekuvaukset, jotka kertovat kuinka usein mikäkin oire ilmaantuu ja kuinka paljon se vaikuttaa asiakkaan mielialaan (kuva 13). Viereinen prosenttiluku kertoo, kuinka suurella frekvenssillä oire ilmenee asiakkaan arjessa. Ja taas punainen kertoo negatiivisesta muutoksesta, vihreä positiivisesta ja keltainen neutraalista muutoksesta. Oiretta klikkaamalla saa siitä yksityiskohtaisempaa tietoa.



Kuva 13. Oirekuvaukset.

2.4 Kohti opinnäytetyötä

Yritysyhteistyökumppanina Medified Solutions Oy on osoittautunut erittäin hyväksi valinnaksi. Yhteistyö on ollut alusta alkaen sujuvaa ja saumatonta. Yhteyden sai tarvittaessa hyvinkin nopeasti, ja tarvittavaa taustatietoa tarjottiin auliisti. Ensin hahmoteltiin opinnäytetyön aihetta, pohdittiin, mikä hyödyttäisi kaikkia osapuolia parhaiten. Sopivan tulokulman löydyttyä lähdettiin pohtimaan käytännön toteutusta. Päädyttiin siihen, että laajemman verkkokyselyn avulla kartoitetaan ensin yleisiä mielipiteitä. Kyselyyn vastanneista suunnitelman mukaan poimittiin halukkaat ohjelmiston demotilaisuuteen ja teemahaastatteluun. Haastattelun aikana kerättiin kehitystarpeita ja -ideoita terapeuteilta suoraan. Vaikka alkuperäisenä ideana oli viedä kehitysideat läpi tuotantoon asti, ja mahdollisesti jopa suorittaa vielä uusi kysely, jouduttiin nämä suunnitelmat hylkäämään Mindlerin ostettua Medifiedin. Kauppojen ansiosta

Medified Solutions Oy:n fokus ymmärrettävästi siirtyi kehittämistyöstä hetkellisesti muihin asioihin.

.

3 TAVOITE, TUTKIMUSKYSYMYS SEKÄ KOHDERYHMÄ

Opinnäytetyön **tavoitteena** oli kartoittaa lyhyt- ja psykoterapeuttien toiveita ja tarpeita digitaalisen hoidonseurantaan tarkoitetun ohjelmiston suhteen. Tavoitteena oli löytää käyttäjälähtöiset kehittämistarpeet sekä johtaa mahdolliset ideoiden pohjalta nousseet käytännön muutokset. Tämä kuitenkin jäi tekemättä, koska Medified Solutions Oy:n myynnin johdosta yrityksen fokus siirtyi hetkellisesti tuotekehityksestä muhin asioihin.

Keskiössä on käyttäjälähtöinen kehittäminen. Medified Solutions Oy ei ole vielä kartoittanut psyko- ja lyhytterapeuttien tarvetta palvelulle tai heidän kehitysideoitaan ja näkökulmia ohjelmiston suhteen. Näin ollen yritys saa tutkimustietoa uudelta ammattiryhmältä. Lisäksi yritys luonnollisesti hyötyy tuotekehittelystä, vaikkei siihen välittömästi ryhdyttykään.

Tutkimuskysymyksenä oli *millaisia ominaisuuksia ohjelmiston pitäisi sisältää, jotta se parhaiten hyödyttäisi ammattilaista työssään?*

Psyko- ja lyhytterapeutit ovat ammattiryhmänä **kohderyhmä**, jonka keskuudessa ohjelmisto ei ole vielä laajasti käytössä. Tutkimuskysymyksen avulla pyrittiin siis selvittämään kyseisen ammattiryhmän toiveita, tarpeita ja kehitysideoita ohjelmiston suhteen. Psyko- ja lyhytterapeutit nähtiin siis potentiaalisena asiakasryhmänä, jonka tarpeisiin pyritään vastaamaan mahdollisen ohjelmistokehityksen avulla. Ammattilaisen näkökulman valintaan päädyttiin, koska sen koettiin tuovan eniten lisäarvoa yritykselle sekä opiskelijalle itselleen. Tälle ammattiryhmälle ei ole vielä suunnattu kyselyitä, ja kuten mainittu jo edellä, ei ohjelmisto ole vielä laajasti kyseisen ammattiryhmän käytössä. Loppukäyttäjien, mielenterveyskuntoutujien kokemuksia mobiilisovelluksen käytöstä on jo tutkittu, joten siihen ei nähty tarvetta.

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Teoreettisen aineiston tulee olla tutkimuskysymyksen kannalta mahdollisimman relevanttia, joten jo aineistoa etsittäessä ja valittaessa, tulee sitä myös samanaikaisesti analysoida sopivuutensa osalta. Kriteerinä on, että aineisto auttaa tarjoamaan ilmiölähtöisen ja tarkoituksenmukaisen tarkastelukulman tutkimuskysymykseen. (Kangasniemi ym. 2013.) Tutkimuskysymyksestä johdettiin yksittäiset käsitteet, joista muodostuivat hakusanat. Aineiston hakeminen aloitettiin TAMKin Andor- tietokannasta hakusanoin Boolean operaattoreita AND, OR ja NOT hyödyntäen. Hakusanat voidaan katkaista *-merkillä, jolloin hakutuloksia saadaan enemmän. Lisää hakutuloksia saatiin ns. helmenkasvatus periaatetta hyödyntäen. Myös tämän opinnäytetyön aihetta vastaavien opinnäytetöiden lähdeluetteloihin tutustuttiin huolella, potentiaalisia uusia lähteitä silmällä pitäen.

Hakutuloksista rajattiin osa pois osuvuuteen perustuen. Muun muassa lapsia tai vanhuksia koskeva aineisto rajattiin pois, koska sen ei katsottu sisällöltään vastaavan opinnäytetyön aihetta. Hakutulokset koskivat hyvin usein potilaiden kokemuksia, ja koska opinnäytetyö keskittyy ammattilaisen näkökulmaan, rajattiin potilaiden näkökulmaa koskevat tulokset pois. Liian vanha aineisto suljettiin pois, koska uudemman aineiston katsottiin tarjoavan paras vastaavuus opinnäytetyön aiheeseen. Hakuja tehtiin pääsääntöisesti 2000-luvun puolelta peräisin olevasta aineistosta. Koska opinnäytetyöhön liittyen suoritettiin myös kysely sekä haastattelu, etsittiin aineistoa myös näistä menetelmistä.

Teoreettinen viitekehys löytyi ohjelmiston asiakaslähtöisestä kehityksestä sekä käytettävyyden tutkimisesta. Aineistonhankinnan ja analyysin teoreettinen viitekehys puolestaan on laadullisen tutkimuksen teoriassa.

4.1 Ohjelmiston asiakaslähtöinen kehitys

Asiakasryhmänä ovat tässä opinnäytetyössä psyko- ja lyhytterapeutit. Asiakaslähtöisyyttä ja asiakaskeskeisyyttä käytetään helposti toistensa synonyymeina. Niillä kuitenkin on eri merkitykset. Asiakaskeskeisyys tarkoittaa sitä, että asiakas on palveluiden keskiössä ja palvelut on organisoitu häntä

varten. Asiakslähtöisyyttä hyödynnettäessä taasen asiakas on aktiivinen toimija, joka otetaan mukaan jo palvelun suunnitteluvaiheessa. Asiakas ja palvelun tuottava organisaatio siis ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja palvelu syntyy yhteistyössä asiakkaan kanssa. (Virtanen 2001, 18-19.) Asiakslähtöinen yritys on vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa, kuulee tämän palautteen ja tarvittaessa tekee muutoksia toimintaansa asiakkailta saamansa palautteeseen perustuen (Hämäläinen & Lammi 2009, 192). MEDIFIED ohjelmistossa on sivun valikossa kohta *palautte*, jonka kautta ammattilainen pääsee suoraan antamaan palautetta ohjelmistoon liittyvistä asioista. Lisäksi yritys on tehnyt lukuisia kyselyitä asiakkailleen ja mobiilisovelluksen käyttäjille. Yritystä kiinnostaa tuotteensa kehittäminen asiakkaan tarpeita vastaavaksi, josta yksi esimerkki on tähän opinnäytetyöprojektiin mukaan lähteminen.



Kuvio 1. Asiakslähtöisyyden rakennuspalikat Virtasta (2001) mukaillen

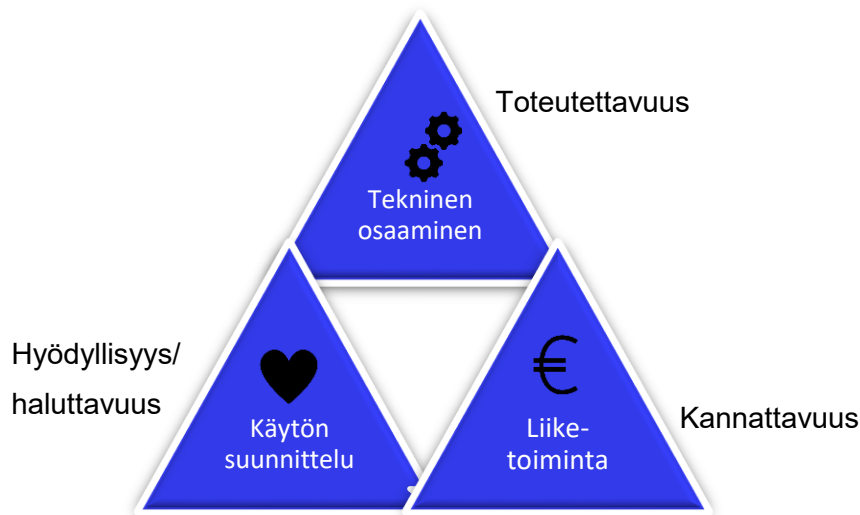
Ohjelmistokehityksen tavoitteena on erilaisin menetelmin ja tekniikoin tuottaa tietokoneohjelmistoja ja -ohjelmia. Ohjelmistoja on valmistettu siitä saakka, kun ensimmäiset nykyaikaiset tietokoneet kehitettiin. Nykymaailman hurja kehitystahti luo tarpeet myös entistä tehokkaammille ja laadukkaimmille ohjelmistoille. Ohjelmistokehitys voidaan jakaa perinteisiin ja ketteriin menetelmiin. (Venäläinen 2018, 15.) Menetelmästä riippumatta ohjelmistoprojekti sisältää määrittelyn, suunnittelun, ohjelmoinnin, testauksen ja käyttöönoton vaiheet. Tämän jälkeen seuraa ylläpidolliset ja kehittämiseen liittyvät tehtävät. (Haikala & Mikkonen 2011, 30.)

Perinteiset menetelmät etenevät ohjelmistoprojektin elinkaaren mukaan prosessinomaisesti vaiheesta toiseen (Haikala & Märijärvi, 2004, 35). Yksi

kenties tunnetuimmista perinteisistä ohjelmistokehityksen menetelmistä on niin kutsuttu vesiputousmalli (engl. waterfall), joka etenee suunnittelun ja toteutuksen osalta vaiheittain alaspäin vesiputouksen tavoin. Ratkaistava ongelma löydetään *esitutkimuksen* avulla, ja kun *määrittelyn* kautta on selvitetty, millainen järjestelmä tarjoaa ratkaisun ongelmaan, päästään järjestelmän *suunnitteluvaiheeseen*. Suunnittelun jälkeen seuraa *järjestelmän luominen, ohjelmointi*, sitten *testaus* ja *integrointi*. Aina ennen seuraavaan vaiheeseen siirtymistä, suoritettu vaihe arvioidaan ja pohditaan täyttääkö se asetetut vaatimukset. Vesiputousmalli, kuten muutkin perinteiset menetelmät eivät suosi vaiheesta edelliseen palaamista, vaan prosessi pysyy meneillään olevassa vaiheessa, kunnes se on saatu vietyä läpi toivotulla tavalla. (McConnell, Toikkanen, & Arola 2002.)

Ketterät menetelmät sen sijaan ovat nimensä mukaan ketteriä, tarpeen mukaan vaiheesta toiseen hyppiviä ja nopeasti muokattavissa olevia menetelmiä. Ketteryys perustuu ajatukseen, jonka mukaan on parasta tuottaa asiakkaan tarpeisiin vastaava ohjelmisto nopeasti ja kustannustehokkaasti. Ketterät menetelmät vaativat organisaatiolta asiakkaan ja tämän tarpeiden todellista ymmärtämistä. (Auer ym. 2013,43-44.)

Riippumatta siitä, millä menetelmällä ohjelmistoa lähdetään kehittämään, on olennaista muistaa kolme tärkeintä ominaisuutta, joiden varaan ohjelmistoa, kuten mitä tahansa tuotetta kannattaa alkaa rakentamaan. Ne ovat Cooperia (2003) mukaillen, kuten alla (kuvio 2) on kuvattu, käytön suunnittelu, liiketoiminta sekä tekninen osaaminen. Eli tuotteen täytyy olla haluttu ja hyödyllinen käyttäjien keskuudessa, jotta sille riittää ostajia. Lisäksi sen tulee olla liiketaloudellisesti kannattava, jotta voittoa syntyy. Tuotteen täytyy tietenkin olla teknisesti toimiva, koska muuten käyttäjät kaikkoavat. (Hyysalo 2009, 17-18.)

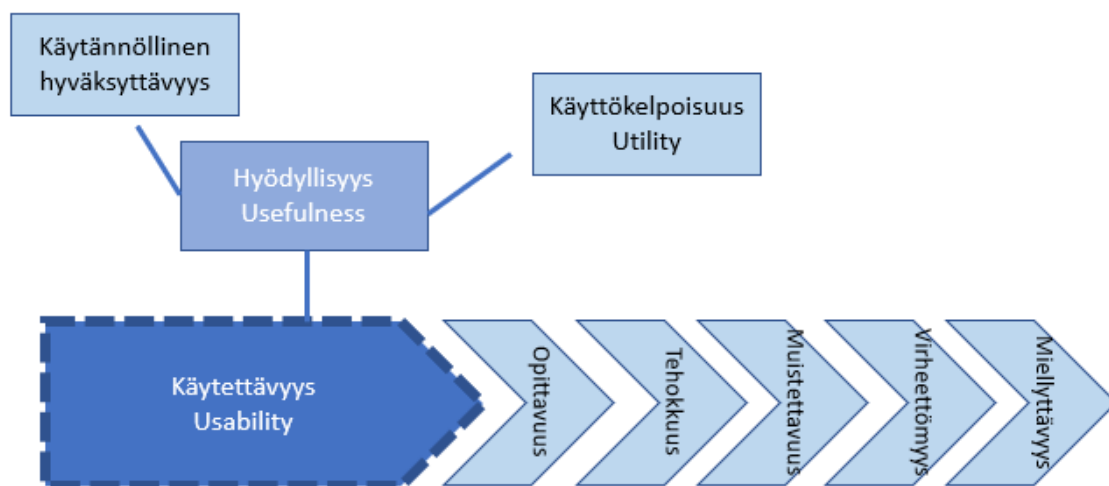


Kuvio 2. Tuotekolmio Cooperia (2003) mukaillen.

Kun tiedetään, ketkä tuotetta, eli tässä tapauksessa ohjelmistoa, käyttävät, miksi ja mihin tarkoitukseen sitä käytetään, sekä millaisissa olosuhteissa ohjelmistoa käytetään, voidaan lähteä tuotetta kehittämään. Helposti palautetta saadaan asiakkailta vain silloin, kun tuotteeseen on reagoitu hyvin voimakkaasti. Tällöin palaute voidaan tulkita vinoutuneeksi. (Hyysalo 2009, 18.) Ohjelmiston käyttöön liittyvää tutkimusta onkin arvokasta tehdä kyselyiden ja haastattelujen muodossa säännöllisesti, kuten Medified Solutions Oy tekeekin.

4.2 Käytettävyys

Käytettävyydestä puhuttaessa viitataan usein Nielsenin (1993), jonka mukaan käytettävyys koostuu seuraavista osatekijöistä: helppo opittavuus, tehokkuus, muistettavuus käyttökerrasta toiseen, virheitten vähäinen määrä käytön aikana ja käyttäjän subjektiivinen tyytyväisyys (kuvio 3).



Kuvio 3. Käytettävyiden osa-alueet Nielsenin (1993) mukailleen.

Käytettävyiden osa-alueet ovat Hyysalon (2009) mukaan

- a) *Laitteen toimintojen vastaavuus siihen, mitä käyttäjät pyrkivät sillä tekemään.* Toimintoja ei pidä olla liikaa, mikäli niille ei ole selkeää tarvetta. Toimintojen tulisi vastata vain siihen tarpeeseen, joka käyttäjällä on, jolloin käytettävyys säilyy.
- b) *Toimintojen ja kenttien ryhmittely:* eri osioiden ja toimintojen ryhmittely tulisi järjestää niin, että olennaisimmat asiat olisivat etusijalla ja helpoiten saatavissa.
- c) *Laitteen osien sisällä ja osasta toiseen liikkuminen* kertoo siitä, kuinka helposti käyttäjä näkee kulloisenkin sijaintinsa, kuinka helppoa on liikkua osioiden välillä ja onko ns. ohjelmistossa kulkeminen viitoitettua.
- d) *Laitteen vastaavuus* niihin ohjelmistoihin verrattuna, joista käyttäjällä on jo kokemusta. Aiemmin käytetyt, jo tutut ohjelmistot ja niiden toimintatavat vaikuttavat ihmisen kokemuksiin myös uutta ohjelmistoa käytettäessä.
- e) *Graafinen suunnittelu ja värit* voivat osaltaan parantaa käyttökokemusta, koska visuaalisella ilmeellä on merkitystä myös sisällön hahmottamisen kannalta.
- f) *Nimeäminen ja symbolien luominen* edesauttavat oikein tehtynä käytettävyttä, koska selkeät ja sisältöä kuvaavat osioiden tai toimintojen nimet tekevät käytöstä helpompaa. Toisaalta taas harhaanjohtavat ja esim. toiseen toimintoon helposti sekoittuvat nimeämiset tai symbolit hankaloittavat käyttöä.

ISO 9241-standardi määrittää käytettävyttä kolmen termin avulla:

effectiveness, efficiency ja satisfaction. Tällä tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin käyttäjä ohjelmiston avulla saavuttaa asettamansa tavoitteet *tuloksellisesti, tehokkaasti* ja käyttäjää *tydyttävällä tavalla*. Standardia voidaan silti tulkita moninaisesti, sillä käytettävyys on loppupeleissä aina käyttäjäkohtainen

kokemus, joka riippuu myös käyttötilanteesta. (Ovaska, Aula & Majaranta 2005,

3.) Käytettävyyden näkökulma säilytettiin keskeisenä ominaisuutena teemahaastatteluita tehtäessä. Käytettävyyttä tutkittaessa olennaisessa roolissa on käyttökokemus ja sen tutkiminen eri keinoin. Tässä opinnäytetyössä haastateltavilta kuitenkin puuttui tuo käyttökokemus täysin. Miksi sitten käytettävyys on teoreettisena lähtökohtana? Siksi, että se on niin valtaisan suuressa roolissa ohjelmiston arvioinnista puhuttaessa. Käytettävyyttä voidaan tutkia myös niin kutsun asiantuntija-arvioinnin kautta, jolloin periaatteellisesti asiantuntijuus arvioitavasta tuotteesta riittää (Korvenranta 2005, 114). Näin ollen voidaan ajatella, että vaikkei haastateltavilla olekaan asiantuntijuutta juuri tästä kyseisestä ohjelmistosta, on heillä arvokasta asiantuntijuutta asiakastyöstä ja -kohtaamisesta. Tällöin heillä on myös asiantuntijuutta siitä, millaiset työkalut hyödyttäisivät ammattilaisen työtä parhaiten. Käyttökokemuksen puuttuminen haastateltavilta saattoi osaltaan hankaloittaa käytettävyyden arviointia, mutta tuloksia esiteltäessä huomataan, ettei yhtäkään kommenttia ohjelmiston käytön hankaluudesta tai monimutkaisuudesta tullut ilmi. Joten vaikkei opinnäytetyö käytettävyyteen sinänsä keskitykään, on se olennainen teoreettinen lähtökohta tutkimukselle.

4.3 Digitaalisuus mielenterveystyössä

Digitalisaatio on nykypäivän palveluissa arkipäivää ja ihmisten välinen vuorovaikutus voi tapahtua etänä tai virtuaalisessa ympäristössä. Teknologia kehittyy kovaa vauhtia, vaikkei kehityksen pääosassa olekaan itseasiassa teknologian vaan ihmisten toimintatapojen muuttuminen – teemme asioita toisin. (Dufva 2020, 38-39.) Etänä tapahtuva vuorovaikutus on etenkin Covid-19 -pandemian vuoksi ollut kasvussa, myös terveydenhuollon puolella. Erilaiset etävastaanotot sekä sähköiset yhteydenpidot terveydenhuollon ammattilaisiin ovat meille jo arkipäivää.

Digitaalisuus ottaa jalansijaa myös mielenterveystyön puolella. Kiihkeä kasvutahti johtaa väkisinkin uusien teknologioiden analysoinnin tarpeeseen, jotta digitaalisen murroksen arviointi sekä myös haasteiden ennakointi olisi mahdollista. (Korkiakoski 2021, 10.) Valtaosassa maailmaa terapeutteja on vain yksi 100 000:ta ihmistä kohden, mutta älypuhelimia on jo yli 50%:lla maailman

väestöstä. Digitaalisuus lisää saavutettavuutta, kun ihmisten ei tarvitse lähteä tapaamaan ammattilaista pitkien matkojen päähän, ja näin ammattilaiset pystyvät lisäämään palveluidensa kattavuutta. (Lovejoy 2019.) On tärkeä kuitenkin muistaa, ettei pelkkä digitaalinen hoitomuoto ole missään nimessä riittävä, eikä tasapuolinen ratkaisu, koska kaikilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia ja osaamista käyttää digitaalisia ratkaisuita (Korkiakoski 2021, 13).

Mielenterveystyössä vuorovaikutus on tärkeässä roolissa. Kasvokkain tapahtuva, perinteinen kohtaaminen asiakkaan kanssa on tärkeää myös ammattilaisen havainnointikyvyille. Asiakkaan vointia on helpompi arvioida kokonaisvaltaisesti, kun näkee asiakkaan olemuksen sekä pystyy lukemaan myös non-verbaalisia signaaleja. (Korkiakoski 2021, 13.) Teknologiaa ja etenkin tekoälyä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää yhä enenevässä määrin diagnostiikan ja hoidon seurannan apuna (Bickman 2020). Opinnäytetyön aiheena onkin nimenomaan hoidon seurantaan tarkoitetun ohjelmiston arviointi ja kehitys.

Hoidon seuranta on oleellinen osa mielenterveystyötä, ja laadukkaalla hoidon seurannalla voidaan edistää hoidon tehokasta toteutumista. Hoidon seuranta on kuitenkin kustannustehokkuudeltaan heikko, koska se vaatii enemmän resursseja kuin tavanomainen hoito. Teknologian kehitys tuo mukanaan uusia mahdollisuuksia myös hoidon seurannan edulliseen järjestämiseen. (Korkiakoski 2021, 13.)

Digitaalisista ratkaisuista puhuttaessa on esiin nostettava tietoturva-asiat. Yksilöllistä dataa kerätessä on teoreettinen mahdollisuus tunnistamiseen aina olemassa. Mielenterveyteen liittyvät sovellukset keräävät juuri tällaista yksilöivää informaatiota. Olisikin suotavaa, että sovelluksen kautta kerättäisiin vain sovelluksen toiminnan kannalta ehdoton data. (Korkiakoski 2021, 16-17.) CE-merkintä, jollainen opinnäytetyössäni käsiteltävällä ohjelmistolla, sekä myös sovelluksella on, on merkki säännösten mukaan hoidetusta tietoturvasta

5 LAADULLISEN TUTKIMUKSEN AINEISTON HANKINTA

Kvalitatiivinen, eli laadullinen tutkimus tulee kysymykseen silloin, kun tutkimusta ei suoriteta suurille massoille, vaan vastaajien/haastateltavien määrän sijaan halutaan keksittyä näiden laatuun (Tuomi & Sarajärvi 2018, 98). Laadullinen tutkimus ei pyri tilastollisiin yleistyksiin, vaan jonkin asian tai ilmiön kuvaamiseen. Määrällistä tutkimusta suoritetaan usein kyselomakkein, jotka lähetetään suurelle otokselle, jolloin vastaajat eivät ole juurikaan vuorovaikutuksessa tutkimuksen tekijöiden kanssa.

Vaikka opinnäytetyöprosessissa hyödynnettiin myös kyselylomaketta, ei opinnäytetyö keskity lomakkeen tulosten analysointiin, sillä lomake toimi lähinnä haastateltavien löytämisen keinona. Avoimet yksilöteemahaastattelut pienelle ryhmälle ovat juuri yksi laadullisen tutkimuksen aineistonkeruutavoista. Laadullinen tutkimus ottaa huomioon yksilön, sekä vuorovaikutuksen haastattelijan ja haastateltavan välillä. Laadullinen tutkimus tuo juuri vuorovaikutuksensa vuoksi selkeämmin esiin tutkittavien näkökulman, koska tarkentavia kysymyksiä voidaan esittää puolin ja toisin ja näin varmistaa, että kysymys/vastaus on ymmärretty oikealla tavalla. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 27-28.) Laadullisen tutkimuksen yksilöteemahaastattelut nähtiin parhaana tapana toteuttaa opinnäytetyön tutkimus, koska menetelmänä se koettiin sopivimmaksi.

5.1. Kyselylomake osana tutkimusta

Aineistoa kerääminen aloitettiin verkkokyselyn avulla. Kyselylomake luotiin yhteistyössä työelämän toimijan kanssa, heidän aiempia lomakkeitaan hyödyntäen. Omaa lomaketta luodessa onkin syytä tarkastella jo olemassa olevia, valmiita kyselylomakkeita. Kyselylomakkeet voivat sisältää avoimia kysymyksiä tai vastausvaihtoehtoja. (Vanhala, 2005, 24-25.) Omassa lomakkeessa hyödynnettiin molempia, ja se toteutettiin verkkokyselynä. Lomakkeessa oli myös Likert-asteikollisia kysymyksiä. Näissä vastaaja vastaa väittämään viisiportaisen valikon mukaan, jolloin asteikon ääripäät ovat *täysin samaa mieltä* ja *täysin eri mieltä* (Vanhala 2005, 25).

Vaikka kyselylomake voi olla käytettävyystudkimuksessa jopa ainoa tiedonkeruun menetelmä (Vanhala 2005, 17), opinnäytetyössä sitä käytettiin lähinnä haastateltavien hankkimiseen. Lisäksi lomake toki tarjosi yritykselle arvokasta tietoa pienen vastaajaryhmän kiinnostuksesta käyttää digitaalisia työkaluja hoitotyössä. Koska kyselyn pääasiallinen tehtävä oli löytää haastateltavat yksilöhaastatteluihin, ei tässä opinnäytetyössä analysoida kyselyn tuloksia tai perehdytä kyselyn sisältöön perusteellisesti.

Lomakkeeseen vastaajien *otos* ja suuresta kohderyhmästä vastaajiksi valikoituva osa, *otanta* voidaan määrittää satunnaiseen ja ei-satunnaiseen (Vanhala 2005, 30). Opinnäytetyön otos oli laaja, ja otanta satunnainen. Verkkokyselyn linkki toimitettiin muutamalle psyko- ja lyhytterapeuttijärjestölle, jotka toimittivat sen sähköpostitse jäsenilleen. Näin ollen ei voida tietää, kuinka monelle linkki todellisuudessa päätyi. Koska vastauksia ei saatu tarpeeksi järjestöjen kautta, lisää potentiaalisia vastaajia haettiin Kelan Kuntoutuksen palveluntuottajahakusivujen avulla. Sähköposti lähetettiin yhteensä 55 vastaanottajalle, joiden yhteystiedot löytyivät Kelan hakusivujen kautta

Kysely luotiin Google Formsilla. Mallia otettiin Medifiedin teettämistä aikaisemmista kyselyistä ja kysely hyväksytettiin Medifiedin edustajalla. Kysely löytyy liitteestä 1. Kyselyssä oli kohta, johon vastaaja sai jättää halutessaan sähköpostiosoitteensa Teams-tapaamista varten. Microsoft Teamsin kautta järjestettiin eräänlainen demo & haastattelu -osio, jossa aluksi kerrottiin mobiilisovelluksesta ja sitten ohjelmisto esiteltiin. Osallistujilta kysyttiin kehitysideoita ja kommentteja ohjelmiston ulkoasusta, toiminnallisuudesta sekä käytettävyydestä.

5.2. Teemahaastattelu osana tutkimusta

Haastattelu on tutkimusmenetelmänä helppo toteuttaa ja se tarjoaa usein hyvin paljon informaatiota. Haastattelun vahvuuksia tutkimusmenetelmänä on sen joustavuus ja suora kontakti haastateltavaan (Vuorela 20025, 37), jolloin tarkentavia kysymyksiä voidaan esittää saman tien ja näin varmistaa, että asia on ymmärretty oikein. Haastattelun onnistumiseen vaikuttavat monet tekijät,

alkaen aivan haastateltavan ja haastattelijan senhetkisestä mielialasta. Kysymysten muoto ja sisältö vaikuttavat haastattelun lopputuloksiin, joten väärinymmärrysten määrä on pyrittävä minimoimaan. (Hyysalo, 2009, 125-126.) Koska haastateltavilta puuttui ohjelmiston käyttökokemus täysin, ei ollut tarkoituksenmukaista lähteä miettimään haastattelun runkoa tai haastattelukysymyksiä sen tarkemmin. Tarkoituksena oli lähteä esittelemään ohjelmiston ominaisuuksia osio kerrallaan, ja tavoitteena oli pitää haastattelu keskustelunomaisena. Ainoana haastattelukysymyksenä oli vain ”nouseeko tästä mieleen kommentteja tai ajatuksia?”. Mikäli haastateltavat eivät mitään kommentoineet, kysyttiin vielä ”kaipaisitko tähän jotain lisää, tai onko joku mielestäsi turhaa?”

Haastattelu toteutettiin avoimena yksilöhaastatteluina, etänä Microsoft Teamsin kautta. Pandemian vuoksi ihmiset ovat jo tottuneet etätyökaluihin, joten vaikka vuorovaikutus aina kärsii hieman ”etäilystä”, haastattelut sujuivat silti hyvin ja keskustelu oli luontevaa. Avoimen haastattelun hyvä puoli on se, että vain tutkittava ilmiö on määritelty, mutta kysymyksille ei ole tiukkaa runkoa ja haastattelu on lähempänä vapaata keskustelua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 126). Näin ollen tunnelmakin säilyi rentona, vaikka haastattelu jouduttiinkin tekemään tietokoneen ja etäyhteyksien avulla.

Haastateltavat löydettiin verkkokyselyn avulla. Kyselyyn saatiin vastauksia yhteensä 38 kappaletta. Vastaajista 6 jätti sähköpostiosoitteensa Microsoft Teams-tapaamista varten. Sähköpostinsa jättäneistä viisi kuudesta saatiin haastatteluun. Teams-tapaamisen aluksi haastateltaville kerrottiin PowerPointia hyödyntäen tutkimuksen tavoitteesta ja tarkoituksesta, tutkimusmateriaalia koskevista eettisistä ohjeista sekä painotettiin, että haastattelu on täysin vapaaehtoinen ja vastaaminen anonymia. PowerPointin avulla esiteltiin aluksi mobiilisovelluksen toimintaperiaatteet, jotta haastateltavat saivat käsityksen, mistä ammattilaisen näkymään tuleva data on peräisin. Sitten ohjelmiston demoversiota lähdettiin esittelemään terapeuteille. Haastattelu pyrittiin pitämään mahdollisimman keskustelunomaisena, ja haastateltavia rohkaistiin vapaaseen keskusteluun ja mielipiteiden ilmaisuun.

5.3. Tutkimusetiikka

Tutkimusta tehtäessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä, jolla pyritään varmistamaan tutkimuksen suorittamisen eettisyys ja tutkimustulosten luotettavuus. Käytäntöä tulee noudattaa läpi koko tutkimuksen, sen jokaisessa vaiheessa. Tärkeimpiä hyvän tieteellisen käytännön kohtia ovat eettisyys, rehellisyys, avoimuus sekä kunnioitus tutkimukseen osallistuvia kohtaan. (TAMK n.d.)

Aineistoa hankkiessaan ja haastatteluja tehdessään tutkijan on muistettava säilyttää oma puolueettomuutensa (Tuomi & Sarajärvi 2018, 149). Haastateltaville kerrottiin heti aluksi, ettei tarkoituksena ole myydä heille ohjelmistoa, vaan nimenomaan tehdä tutkimusta ohjelmiston kehittämistarpeista. Opiskelijan omia mielipiteitä ohjelmistoa koskien ei tuotu julki, tai haastateltavien vastauksia ohjailtu millään tapaa tiettyyn suuntaan.

Haastateltaville, jotka ovat tässä yhteydessä tutkittavia, täytyy selkeästi kertoa mihin tutkimusmateriaalia käytetään sekä mikä on tutkimuksen tarkoitus. Osallistumisen on myös luonnollisesti pohjauduttava vapaaehtoisuuteen. Tutkittaville on tärkeää kertoa, että tutkimusmateriaalia käytetään vain ja ainoastaan sovittuun tarkoitukseen, ja että materiaali säilytetään luottamuksellisesti ulkopuolisten tahojen saavuttamattomissa. Tutkittavien anonymiteetin säilyttäminen on tärkeää, ja siitä informointi hyvän käytännön mukaista. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 155-156.)

Sekä kyselyyn, että haastatteluun vastaaminen oli täysin anonymia, ja tämä kerrottiin vastaajille/haastateltaville selkeästi. Kysely luotiin Google Formsin avulla, jolloin vastauksia pääsi tarkastelemaan salasanan kautta. Salasana oli tiedossa vain tutkimuksen tehneellä opiskelijalla, ja tulokset jaettiin vain Medifiedin edustajan kanssa. Vaikka osa vastaajista jätti sähköpostiosoitteensa Microsoft Teams-tapaamista varten, ei sähköpostinsa jättänyttä voinut mitenkään yhdistää tiettyihin vastauksiin.

Haastattelut nauhoitettiin Microsoft Teamsin omalla tallennustyökalulla, jolloin ne tallentuivat opiskelijan omaan, salasanaa suojattuun OneDriveen. Haastateltavilta pyydettiin suullinen suostumus nauhoituksen tekemiseen, ja heitä ohjeistettiin sulkemaan kameransa nauhoituksen ajaksi. Haastateltaville kerrottiin tutkimusmateriaalin käyttötarkoituksesta sekä sen säilytystä koskevista seikoista. Haastattelun jälkeen nauhoitettu puhe litterointiin hyödyntäen Microsoftin omaa ohjelmaa. Teksti tarkistettiin nauhoitusta samalla kuunnellen ja virheet korjaten. Tekstitiedostossa ei ollut enää mitään tunnistetietoja, joten ne säilöttiin tietokoneen kovalevyllä ja varmuuskopiot OneDrivessa, molemmat salasanojen takana. Nauhoitteet poistettiin heti litteroinnin tarkistamisen jälkeen, jolloin ne poistuivat myös OneDrivesta ja Teamsin kansioista. Näin varmistettiin tutkimusaineiston oikeaoppinen säilytys- ja tuhoamisperiaate. Haastattelun tulokset esitellään tässä opinnäytetyössä täysin anonyymeina.

6 AINEISTON ANALYSOINTI

Tutkimuksen kannalta olennaisin aineisto saatiin teemahaastatteluiden kautta. Teemahaastattelusta saatua aineistoa voidaan alkaa käymään läpi eri keinoin. Laadullista tutkimusta tehtäessä on analysointiin tarkoitettuja standardoituja tekniikoita vain vähän, eikä yhtä tekniikkaa voida nostaa toisten yläpuolelle paremmuudessaan. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 136.)

Tärkeimpänä aineistona on siis avoimen haastattelun keinoin tehdyt yksilöhaastattelut, jolloin analysointi keskittyy tähän materiaaliin. Aineistoa lähdettiin purkamaan aineistolähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Miles ja Huberman (1994) tiivistävät aineistolähtöisen laadullisen aineiston analyysin kolmeen vaiheeseen:

- a) Aineiston pelkistäminen (redusointi)*
- b) Aineiston ryhmittely (klusterointi)*
- c) Teoreettisten käsitteiden luominen (abstrahointi)*

Jotta näihin vaiheisiin päästään, täytyy kuitenkin läpikäydä erinäisiä vaiheita. Nämä vaiheet esitellään myös alla kuviossa 4. Ennen kuin aineistoa voidaan analysoida, on se muutettava muotoon, joka mahdollistaa analyysin tekemisen. Haastattelujen nauhoitukset purettiin ensin litteroinnin, eli haastatteluäänitteen puhtaaksikirjoittamisen keinoin (Hirsjärvi & Hurme 2008, 138). Litteroinnissa käytettiin apuna Microsoft Officen omaa ohjelmaa. Litteroitavaa materiaalia oli yhteensä reilun 135 minuutin verran.

Litteroinnin jälkeen aineisto redusointiin, eli lyhyesti sanottuna pelkistettiin. Tämä tehtiin ensin käymällä aineisto huolellisesti läpi ja sitten etsimällä aineistosta tutkimuskysymykseen vastaavia ajatuskokonaisuuksia. Helpoiten se tapahtui jakamalla aineisto ns. ruusuihin ja risuihin. Aineisto siis koodattiin asioihin, jotka saivat ammattilaisilta kiitosta sekä asioihin, joihin ilmeni kehitysideoita. Tämä tehtiin Wordin tekstin korostusväriä käyttäen. Kehitysideat merkittiin litteroidusta aineistosta keltaisella ja positiivista huomiota osakseen saaneet ominaisuudet sinisellä värillä. Ajatuskokonaisuus on tämän aineiston analyysissä käytettävä analyysiyksikkö. Analyysiyksikkö voisi yhtä hyvin olla myös mm. yksittäinen sana

tai lause, kunhan se vain sopii tutkimustehtävään ja aineiston laatuun (Tuomi & Sarajärvi 2018, 122).



Kuvio 4. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen Tuomea & Sarajärveä (2018) mukaillen.

Haastattelujen litterointitekstien värikoodatuista kommenteista muodostettiin pelkistetyt ilmaukset, jotka seuraavassa vaiheessa klusteroitiin eli ryhmiteltiin samankaltaisuuksien perusteella ja taulukoitiin (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124). Taulukko löytyy liitteenä opinnäytetyön lopusta (Liite 2). Taulukon avulla pelkistetyt ilmaukset jaettiin ala- ja yläluokkiin, joista johdettiin abstrahoinnin (käsitteellistämisen) kautta vielä pääluokat (Tuomi & Sarajärvi 2018, 124-125). Näin saatiin kuusi pääluokkaa; *termistö*, *testit*, *visuaalisuus*, *grafiikka*, *asetukset* sekä *lisätoiminnot*. Näistä kerrotaan lisää seuraavassa luvussa.

On tärkeää muistaa, ettei tutkimustulosten esittely saa jäädä pelkästään analyysin tasolle. Tulokset täytyy myös tulkita ja tutkittu ilmiö selittää ja käsittää syvällisemmällä, teoreettisella tasolla. Olennaista on, että raportin lukija pystyy lukiessaan päätymään samoihin tulkintoihin kuin tutkija, vaikka lukija olisikin tutkittavasta aiheesta eri mieltä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143,151.)

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1. Kyselyn tuloksista

Verkkokyselyn linkki lähetettiin Lyhytterapeuttiyhdistykselle sekä Tampereen psykoterapiayhdistykselle ja yhdistysten toimesta kysely lähetettiin eteenpäin yhdistyksen jäsenille. Yhdistysten yhteistyöhalukkuuden vähäisyyden vuoksi etsittiin potentiaalisten vastaajien yhteystietoja myös Kelan Kuntoutuksen palveluntuottajat- hakusivujen avulla. Sähköposti lähetettiin yhteensä 55 vastaanottajalle, joiden yhteystiedot löytyivät Kelan hakusivujen kautta. Yhdistysten lähettämien sähköpostien määrä ei ole tiedossa. Yhteensä vastauksia saatiin 38 kappaletta. Kyselyn tulokset käytiin läpi työelämän toimijan edustajan kanssa, joten yritys pääsi hyödyntämään kyselyn tuloksia parhaaksi katsomallaan tavalla.

Kysely sisälsi 17 kysymystä, joista avoimia kysymyksiä oli 2. Ensimmäiset kaksi kysymystä sisälsivät vastausvaihtoehdot, mutta myös avoimen ”Muu, mikä?” -kohdan. Ensimmäisessä kysymyksessä vastaaja kertoi pohjakoulutuksensa ja toisessa senhetkisen ammattinimikkeensä. Vastaajista suurin osa (18,4%) oli pohjakoulutukseltaan sairaanhoitajia, toiseksi suurin osa (7,9%) lähihoitajia. Kolmanneksi ja neljänneksi eniten (5,3%) vastaajista oli pohjakoulutukseltaan psykologeja tai fysioterapeutteja. Vastaajilla oli myös mm. sosionomin, opettajan ja lääkärin pohjakoulutusta. Valtaosa, 34,2% eli 13 vastaajista työskenteli psykoterapeuttina, ja lyhytterapeutina työskenteli 10 eli 26,3 % vastaajista. Lisäksi 6 vastaajista oli ilmoittanut tekevänsä lyhytterapeutin työtä jonkun toisen työn ohella, ja vastaajista kaksi ilmoitti tekevänsä myös terapiatyötä, kertomatta onko kyseessä lyhyt- vai psykoterapia. Vastaajat työskentelivät myös mm. opettajana, nuoriso-ohjaajana sekä terveydenhoitajana.

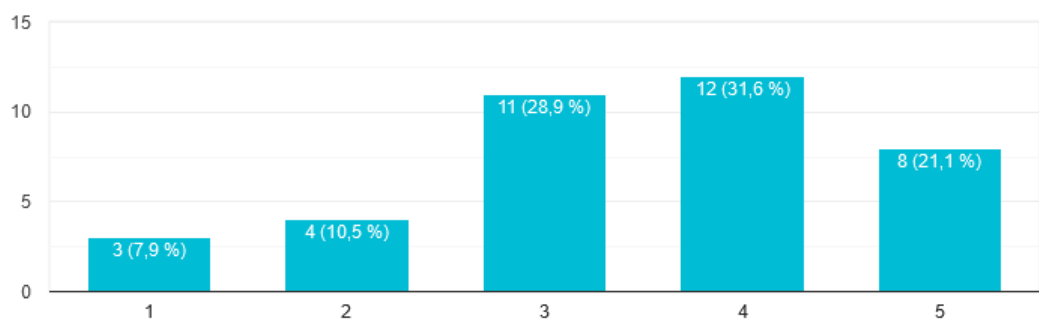
Kysely sisälsi 8 Likert-asteikon kysymystä. Näissä vastaaja vastaa väittämään viisiportaisen valikon mukaan, jolloin asteikon ääripäät ovat vastakohtat *täysin samaa mieltä* ja *täysin eri mieltä* (Vanhala 2005, 25). Kysymykset käsittelivät lähinnä terapeutin työnkuvaa ja sen haastekohtia. Osa lauseista lähti kysymään terapeutin mielipidettä negaation kautta, eli väittämä oli esimerkiksi, että uuden asiakkaan mielenterveysanamneesin (esitiedot) tekeminen on haastavaa, tai

valmistautuminen vastaanottoa varten on haastavaa. Näissä kohdissa suurin osa vastaajista oli eri mieltä, eli asioita ei koettu haastaviksi. Vastaajat kokivat asiakkaan tuottavan tarpeeksi puhetta vastaanotolla, sekä muistavan vastaanottojen välillä tapahtuneet muutokset voinnissa hyvin. Myös hoidonseurannan työkalut koettiin riittäviksi; kysymykseen (kuva 14) ”Minulla on olemassa työkalut tehokkaaseen hoidonseurantaan” antoi arvon 1 (= täysin eri mieltä) 7,9% ja arvon 2 10,5% vastaajista. Täysin samaa mieltä (arvo 5) oli 21,1% vastaajista. Enemmistö, 28,9% antoi arvoksi 3.

Minulla on olemassa työkalut tehokkaaseen hoidonseurantaan

Kopioi

38 vastausta



Kuva 14. Kysymys koskien hoidonseurannan työkalujen riittävyyttä.

Vastaajista 10,5% ilmoitti käyttävänsä digitaalisia työkaluja hoidonseurannassa, kun taas 78,9% ei käyttänyt. Digitaalisiksi työkaluiksi vastaajat ilmoittivat (kuva 15) puhelimen, omat tiedostot ja tallenteet, etäyhteydet, Mielenterveystalon palvelut sekä FIT:n. Jälkimmäisin jäi mysteeriksi, mutta se voisi ehkä tarkoittaa palautetietoista hoitoa eli Feedback-Informed Treatment. FIT perustuu laajaan tutkimustietoon terapeutin vuorovaikutustyön toimista osa-alueista, ja se tarjoaa lähestymistavan sosiaali- ja terveyspalveluiden arviointiin sekä laadun ja tehokkuuden lisäämiseen. (Helsinki Missio n.d.) 10,5% vastaajista ei osannut sanoa.

Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen "kyllä", mitä työkaluja on käytössäsi?

5 vastausta

Puhelin

Omat tiedostot ja tallenteet

Joskus etäyhteys zoomilla tai whatsapp-puhelu.

Mielenterveystalon palvelut

FIT

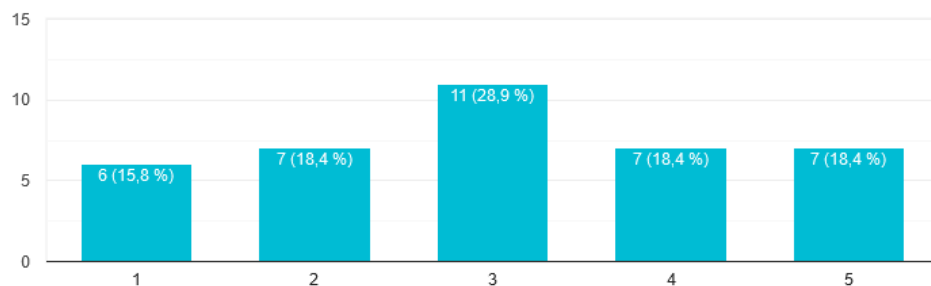
Kuva 15. Kysymys käytössä olevista digitaalisista työkaluista.

Kysyttäessä kiinnostuksesta digitaalisten työkalujen käyttöön (kuva 16) likert-asteikko oli 1-5, 1 tarkoittaen *En ole kiinnostunut* ja arvo 5 tarkoittaen *Kiinnostaa paljon*. Vastaajista 18,4% oli kiinnostuneita digitaalisista työkaluista. Suurin osa, 28,9% antoi arvoksi numeron 3, eli asteikon puoleen väliin. Yllättävän suuri prosentti, 15,8 ilmoitti, etteivät digitaaliset työkalut kiinnosta. Kuitenkin kuten aiemmin totesimme, Covid-19 pandemian myötä digitaaliset työkalut ovat lisääntyneet myös mielenterveystyössä, ja digitaalisuus voisi parhaimmillaan lisätä saavutettavuutta ja hoidonseurannan tehokkuutta.

Olisitko kiinnostunut digitaalisista työkaluista, kuntoutuksen edistymisestä ja omahoidon seurannasta käyntien välillä?

 Kopioi

38 vastausta




Kuva 16. Kysymys kiinnostuksesta digitaalisia työkaluja kohtaan.

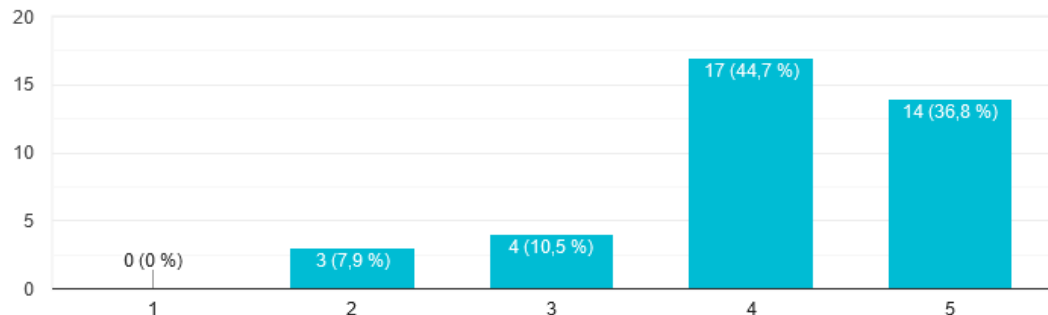
Kaiken kaikkiaan vastauksista sai sen mielikuvan, että enemmistö terapeuteista koki kysymysten osalta tutkitun työnkuvan helpoksi ja työvälineensä riittäviksi. Tähän johtopäätökseen päästään, kun katsotaan etenkin likert-asteikon kysymyksiä. Mikäli kysymyksen asettelu on negatiivinen (esim. potilaan tietoihin perehtyminen on haastavaa) on vastausten painopiste vasemmassa laidassa, eli täysin eri mieltä. Kun taas kysymyksen asettelu on positiivissävytteinen (esim.

asiakas tuottaa tarpeeksi puhetta vastaanotolla (kuva 17), on vastausten painopiste oikeassa reunassa eli täysin samaa mieltä.

Koen, että asiakas (pääsääntöisesti) tuottaa tarpeeksi puhetta tapaamisilla, jotta saan tarvittavan tiedon potilaan senhetkisestä voinnista

 Kopioi

38 vastausta



Kuva 17. Esimerkki positiivissävytteisestä kysymyksestä.

Moni vastaaja halusi noudattaa ns. kultaista keskiteitä vastauksissaan, koska prosentuaalisesti suurimmat luvut olivat helposti arvossa 3. Tämä saikin tutkijan miettimään, olisiko 4-asteinen likert-asteikko parempi, jotta puoliväliä ei olisi, jolloin vastauksen olisi kallistuttava jompaankumpaan (täysin eri tai täysin samaa mieltä) suuntaan.

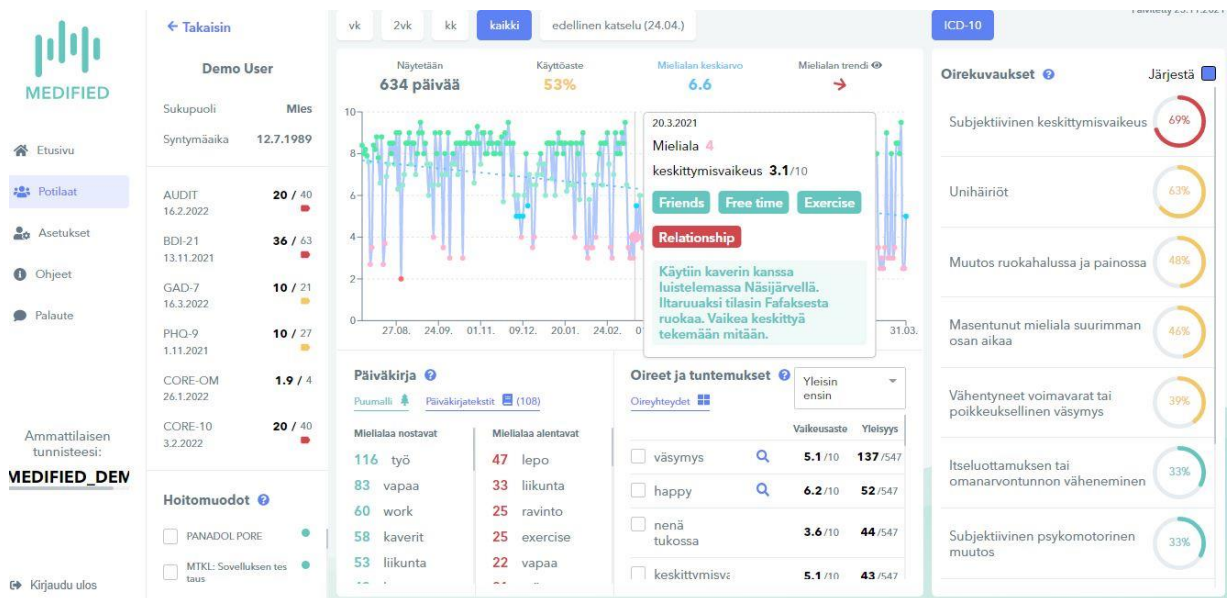
7.2. Teemahaastattelun tuloksista

Verkkokyselyn yhteydessä sähköpostinsa jättäneistä viisi kuudesta saatiin haastatteluun. Haastattelut suoritettiin Microsoft Teamsin kautta, ohjelmiston ominaisuuksia esittelemällä. Haastateltavista 4 toimivat lyhytterapeutteina ja yksi psykoterapeuttina. Haastateltavat toivat vahvasti esiin ohjelmiston käyttökokemuksen puuttumisen. Tämä ilmeni kommentteina siitä, kuinka kehitysideoiden keksiminen on haastavaa ilman käyttökokemusta, koska vasta käytön myötä ohjelmisto tulee tutuksi, jolloin myös sen puutteet huomaa vasta kunnolla. Tästä huolimatta kehitysideoita ilmeni paljon, ja myös positiivista palautetta annettiin kiitettävästi. Kaiken kaikkiaan terapeuttien suhtautuminen ohjelmistoa sekä myös sovellusta kohtaan oli positiivinen, ja ohjelmisto nähtiin erittäin hyödyllisenä lisänä potilastyöhön. Teknologian ja tietotekniikan kehitys tarjoaakin mielenterveyshuoltoon monipuolisia mahdollisuuksia, ja monet mielenterveysalan ammattilaiset käyttävätkin jo tietotekniikkaa jokapäiväisessä työssään (Maheu ym. 2005). On siis hyvä huomata, että haastateltavat olivat avoimia uusille digitaalisille ratkaisuille.

Myös mobiilisovellusta koskevia kehitysideoita tuli ilmi jonkin verran, vaikka teemahaastattelu keskittyikin ohjelmiston ominaisuuksiin. Tämän ei nähty kuitenkaan haittaavan tutkimuksen tekoa, sillä mobiilisovellus on ratkaisevassa roolissa myös ohjelmiston käytön kannalta. Kaikki ohjelmiston data on peräisin asiakkaan mobiilisovelluksen kautta täyttämistä tiedoista, joten mobiilisovelluksella on erittäin relevantti rooli myös ohjelmistoa tutkittaessa. Potilaan itsensä tuottama terveystieto (PGHD) on yhä tärkeämmässä roolissa paitsi ammattilaisen työssä, myös potilaan oman hyvinvoinnin parantumisessa (Huba & Zhang 2012).

7.2.1 Kehut ja kiitokset

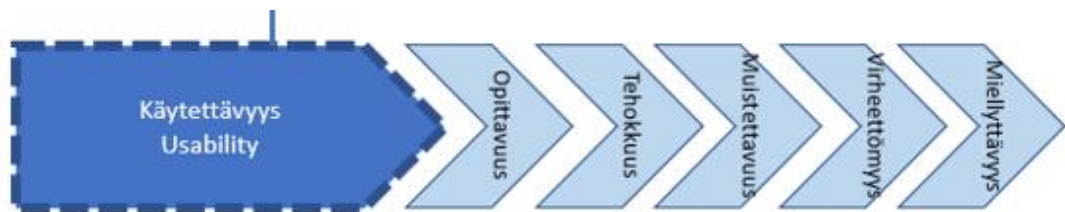
Haastateltavat antoivat kiitosta selkeästä visuaalisesta ilmeestä. Visuaalisen ilmeen tärkeys käytettävyyden kannalta onkin tärkeä, koska värityksen ja esim. viivojen ja muotojen avulla voidaan erotella osiota ja asioita toisistaan (Hyysalo 2009, 169), kuten ammattilaisen laatikoin eritellyssä näkymässä (kuva 18).



Kuva 18. Ammattilaisen näkymä asiakkaan tiedoista.

Erityisesti terapeutit pitivät siitä, että yhdellä silmäyksellä oli mahdollista nähdä yleiskatsaus asiakkaan voinnista, mutta lisätietoja tarkastelemalla pystyi helposti paneutumaan yksityiskohtiin ja asiakkaan mielialan kehitykseen. Hyysalon

(2009) käytettävyyden osa-alueen ensimmäinen kriteeri tuntuu siis tältä osin täyttyvän: ohjelmisto vastaa käyttäjänsä tarpeisiin, eikä toimintoja ole liikaa. Ohjelmiston käytön hankaluudesta tai monimutkaisuudesta ei tullut yhtään kommenttia, vaan käytettävyyden suhteen kommentit olivat erittäin positiivisia. Vaikkakin ohjelmistossa on valikko vasemmassa laidassa, on yhden asiakkaan tiedot nähtävillä yhdellä sivulla. Näin ollen navigointi eri osuuksien välillä jää kokonaan pois, kun kaikki yhtä asiakasta koskeva tieto on tarjolla yhdellä sivulla. Tämä on tärkeä kriteeri käytettävyyden kannalta, koska eri osien välillä liikuttaessa tulee käytettävyyden näkökulmasta muistaa monta erinäistä asiaa. Käyttäjän täytyy mm. tietää, missä osiossa hän milloinkin on, miten hän pääsee osiosta toiseen, ja kuinka hän pääsee takaisin alkupisteeseen. (Hyysalo 2009, 169.)



Kuva 19. Käytettävyyden osa-alueet Nielsenin mukailleen.

Jos muistamme aiemmin esitellyn kuvan, josta osa nähdään yläpuolella (kuva 19), niin myös Nielsenin (1993) vaatimukset käytettävyyden osalta täyttyvät hyvin. Ohjelmiston käyttö on helppo ja nopea oppia, koska toimintaperiaate on hyvin yksinkertainen. Näin ollen tehokkuuskaan ei kärsi, koska opittavaa ei ole paljoa ja määritelty tehtävä, eli asiakkaan viimeaikaisen mielialan tarkistaminen, voidaan suorittaa nopeasti. Lisäksi kaikki asiakkaan syöttämä data on näkyvillä yhdellä kertaa, jolloin aikaa tai voimavaroja ei kulu eri osioiden välillä ”hyppimiseen”. Muistettavuuden osalta ohjelmisto on armollinen, koska vaikka ohjelmiston käytössä tulisikin pidempikin tauko, on sen toiminnot niin helppokäyttöisiä, että käytön uudelleenopettelu tuskin on tarpeen. Virheettömyys, eli se ettei ohjelmistoa käytettäessä tule tehtyä virheitä, on helppo saavuttaa. Näin siksi, että ohjelmiston toiminnot ovat yksinkertaiset ja pääasiallisena tarkoituksena onkin varsinaisen ohjelmistolla *tekemisen* sijaan vain *katsella* asiakkaan syöttämää dataa. Miellyttävyyyden osalta voidaan todeta, kuten jo yllä mainittiin, että ohjelmiston saama palaute oli luonteeltaan positiivista ja haastateltavat tuntuivat osa jopa innostuvan asiasta.

Esimerkkinä miellyttävyydestä voisi olla ns. liikennevalosysteemi, joka sai paljon kiitosta osakseen. Väreillä viestintä koettiin nopean, yhden silmäyksen arvion tekemistä helpottavaksi ominaisuudeksi. Liikennevaloilla tarkoitetaan sitä, että hyvät ja noususuhdanteiset arvot ja asiat esitetään vihreällä, kun taas punaiset kiinnittävät heti huomion negatiiviseen ja laskusuhdanteiseen arvoon, keltaisten ollessa jotain siltä väliltä.

Ammattilaisen näkymän keskiössä esiintyvä käyrä sai paljon kiitosta haastateltavilta. Visuaaliseen muotoon puettu informaatio oli helppolukuinen ja käyrän avulla pystyi haastateltavien mukaan etsimään syy-seuraussuhteita (kuva 20).



Kuva 20. Kuukauden näkymä mielialan kehityksestä graafina.

Myös liikennevalosysteemillä ja prosenttiluvuilla esitetyt oirekuvaukset antoivat haastateltavien mukaan paljon keskustelun aihetta asiakkaan kanssa nimenomaan syy-seuraussuhdetta pohdittaessa. Haastateltavien mukaan myös juuri oirekuvaukset voitiin nähdä suoraan työkaluina terapeutille, jotta tämä osaa pureutua oikeisiin asioihin vastaanotolla.

7.2.2 Kehitysideat

Kehitysideoita voidaan lähteä tarkastelemaan käytettävyyssongelmien kantilta.

Nielsen (1994) porrastaa käytettävyyssongelmat viiteen tasoon:

0. Kyseessä ei käytettävyyssongelma.

1. Kosmeettinen käytettävyysongelma (korjataan, jos aikaa on).
2. Pieni käytettävyysongelma, joka haittaa käyttöä (korjataan).
3. Suuri käytettävyysongelma, joka vaikeuttaa käyttöä merkittävästi (korjataan heti).
4. Katastrofaalinen käytettävyysongelma, ongelma on korjattava, ennen kuin tuote voi mennä myyntiin.

Kehitysideoiden kohdalla on kyse arvosta 0 tai 1, koska kyseessä ei ole varsinaisesti käyttöä estävät ongelmat. Vai onko kyse oikeastaan edes *ongelmista*? Tähän asteikkoon vaikuttaa ongelman yleisyys, vaikutus sekä sen pysyvyys (Nielsen 1994). Kaikki listatut kehitysideat, vaikka eivät suoranaisesti käytettävyysongelmia olekaan, ovat tällä erää pysyviä, koska ohjelmistopäivitystä ei ole hetkeen tulossa.

Termistö

Ammattilaisen näkymässä ohjelmiston etusivulla on painike ”potilaat”, josta pääsee siirtymään asiakkaiden tietoihin. Haastateltavat tarttuivat heti tähän termiin, ja pitivät sitä huonona. Asiakas-termiä tarjottiin parempana vaihtoehtona. Itsekin ajattelen potilas-sanan viittaavan enemmän terveydenhuollon tai psykiatrian puolelle. Eräs haastateltava pohti, voisiko termin itse valita asetuksista oman työpaikan ja siellä käytettävän termin mukaan.

ISO 9241-standardi määrittelee yhdeksi käytettävyyden mittariksi tyytyväisyyden, *satisfaction*. Tuotteen tulisi siis olla käyttäjälleen mieluinen käyttää. (Korvenranta 2005, 118.) Ohjelmiston miellyttävyys kärsii, mikäli *potilas*-termi aiheuttaa käyttäjässä negatiivisen reaktio aina ohjelmistoa käyttäessään.

Nimeäminen mainitaan myös Hyysalon (2009, 169) käytettävyyden osa-alueissa yhtenä tekijänä. Vaikkakin Hyysalo viittaa lähinnä nimeämisen informatiivisuuteen, on sillä mielestäni merkitystä myös käyttökokemuksen mielekkyyden kannalta. Termien tulee vastata käyttäjille tuttua termistöä ja sopia heidän ammattisanastoonsa (Hyysalo 2009, 170). Voidaan tulkita, että kyseessä on kuitenkin tason 1 käytettävyysongelma, joka voidaan nähdä vain kosmeettisena hähtana.

Testit

Testit herättivät paljon keskustelua haastateltavien parissa. Testit saivat kiitosta ja ne nähtiin hyödyllisinä, mutta testien saatavuus mietitytti haastateltavia. Nähtiin huonona asiana, että kaikki testit ovat koko ajan kaikkien saatavilla. Haastateltavat kokivat paremmaksi tavaksi sen, että ammattilainen saisi ”avata” sovitun testin asiakkaan täytettäväksi sovittuna ajankohtana. Tätä perusteltiin sillä, että testien liiallisesta tekemisestä voi olla monenlaista haittaa; testien tekeminen kuormittaa, liika tekeminen voi alkaa ohjaamaan käytöstä, ja testejä voidaan ”harjoitella”, jotta saataisiin mahdollisimman hyvät tulokset. Lisäksi huomautettiin, että osa testeistä on turhia osalle asiakkaista.

ISO 9241-standardin määritelmän mukaan käytettävyys kärsii, mikäli vaikuttavuus kärsii. Tällöin käyttäjä ei koe saavuttavansa tavoitettaan täysivaltaisesti (Korvenranta 2005, 118). Mikäli tavoitteena on ohjelmiston avulla ja sen kautta perehtyä asiakkaan mielialan kehitykseen, voivat liialliset, liian usein täytetyt ja väärin kohdistetut testit haitata tätä. Hyvien testitulosten hakeminen harjoittelun kautta vaikeuttaa ammattilaisen työtä ja vie fokuksen pois testien alkuperäisestä tarkoituksesta. Hyysalo (2009,168) muistuttaa myös toimintojen oikeasta määrästä kohderyhmän (=mobiilisovelluksen käyttäjät) tarpeisiin nähden. Mikäli kohderyhmä ei tarvitse kaikkia testejä saataville yhdellä kertaa, voidaan pohtia, hyötyisikö kohderyhmäkin toiminnosta, jolla ammattilainen klikkaisi sovitut testit auki vasta sovittuna ajankohtana.

Visuaalisuus

Vaikkakin visuaalinen ilme sai osakseen kiitosta, pohdittiin myös sen vajavaisuuksia. Osa haastateltavista toivoi, että tausta olisi tummempi, jotta eri osiot erottuisivat selvemmin omina, erillisinä osinaan. Taas voidaan pohtia tätä kehitysideaa standardi ISO-9241 kannalta. Vaikuttavuus, eli kuinka täydellisesti käyttäjä saavuttaa tavoitteensa, sekä tyytyväisyys, eli tuotteen miellyttävyys kärsivät. (Korvenranta 2005, 118.) Mikäli eri osiot on vaikea erottaa toisistaan, voi olla tavoitteen, eli asiakkaan voimien tarkistaminen yhdellä nopealla silmäyksellä haastavaa. Lisäksi tuotteen käytön miellyttävyys kärsii, mikäli visuaalinen ilme ei miellytä tai se hankaloittaa hahmottamista. Voidaan ajatella, että kyseessä on kuitenkin taas vain tason 1 käytettävyysongelma (Nielsen 1994), jota ei ensi tilassa tarvitse lähteä korjaamaan. Käyttö onnistuu tästä ongelmasta huolimatta.

Grafiikka

Ohjelmiston keskiössä oleva graafinen käyrä kiinnitti suurimman osan huomion ensimmäisenä, kun haastateltavien kanssa lähdettiin tutustumaan ohjelmiston ominaisuuksiin. Tällä hetkellä ohjelmistosta saa valita käyrän näyttämäksi ajanjaksoksi viikon, kahden viikon, kuukauden tai koko sovelluksen käyttöajalta kertyneet merkinnät. Haastateltavat toivoivat tähän lisää vaihtoehtoja, jotta asiakkaan voinnin seuraaminen olisi kattavampaa. Ehdotettiin pudotusvalikonomaista kalenterinäkymää, jolloin tarkasteltavan ajanjakson saisi itse valita. Tätä perusteltiin muun muassa sillä, että voisi valita esim. 3 kk tarkastelujakson (etenkin naisasiakkaiden kanssa tätä hyödynnettäisiin) tai voisi palata tiettyyn ajankohtaan, jolloin tietää asiakkaan elämässä tapahtuneen jotain isoa (esim. avioero tai irtisanominen). Lisäksi toivottiin, että graafilla näkyisi myös asiakkaan täyttämän mielialakyselyn kellonaika pelkän päivämäärän sijaan. Tätä perusteltiin sillä, että ammattilainen voisi siitä nähdä, mikäli asiakkaan mieliala on aamuisin huomattavasti parempi kuin iltaisin.

Voimme taas huomata, kuinka suuri rooli graafisella suunnittelulla (Hyysalo 2009) on. Tiedon esittäminen visuaalisessa muodossa voi helpottaa tiedon omaksumista. Tällöin visualisoinnin tulee toki olla selkeä ja helposti ymmärrettävissä. Tässä kohtaa jälleen myös nimeäminen (Hyysalo 2009) on tärkeässä roolissa, jotta käyttäjä pystyy käsittämään näkemänsä. Lisätoiminnot graafissa lisäisivät ohjelmiston käytettävyyttä tarjoamalla vielä tarkempaa tietoa asiakkaan mielialan kehityksestä, ja näin ollen parantaisivat ISO 9241-standardin (Korvenranta 2005, 118) mukaisia vaikuttavuutta, tehokkuutta että tyytyväisyyttä.

Asetukset

Asetuksiin toivottiin enemmän toimintoja. Tällä hetkellä asetuksista ei saa valita kuin kielen ja pääsee muokkaamaan omia tietojaan. Haastateltavat toivat esiin, että asetusten kautta saataisiin valinnanvapautta ohjelmiston käyttäjälle juuri mm. värivalintojen ja käytettävien termien kohdalla. Mutta esiin tuotiin myös se, että asetusten kautta olisi hyvä saada valita, mihin näkymään haluaa keskittyä ja halutessaan pystyisi myös piilottamaan tietyt osiot.

Nykyaikana ihmiset helposti tottuvat valinnanvaraan, ja siihen, että kaikesta saa tehtyä ”omannäköisensä”. Ihminen orientoituu uusiin asioihin jo kokemansa pohjalta. Joten jos on totuttu siihen, että asetuksien kautta saadaan tehtyä ohjelmistosta itselle sopiva, vaaditaan helposti myös uusilta ohjelmistoilta tällaista toimintoa. (Hyysalo 2009, 169.) Voidaan kuitenkin todeta, ettei kyseessä ole varsinainen käytettävyyssongelma, joten Nielsenin (1994) asteikolla tämä kehitysidea saisi arvon 0.

Lisätoiminnot

Haastateltavat innostuivat jalostamaan ohjelmiston ideaa pidemmällekin pohtimalla lisäominaisuuksien mahdollisuuksia. Moni pohti, että ohjelmiston kautta olisi kätevää laittaa asiakkaalle tsemppiviestiä, tai muistuttaa tulevasta tapaamisesta taikka testin täyttämisestä. Myös jonkinlainen palkitsemisjärjestelmä pohditutti. Täytyy kuitenkin muistaa, että kyseessä on nimenomaan hoidonseurantaan tarkoitettu ohjelmisto. Mutta asiakkaan ottaminen mukaan tuotekehitykseen on aina hyvä idea. Joten mikäli yritys haluaisi lähteä tuotettaan jalostamaan laajempiin tarkoituksiin, olisi tässä hyvät lähtökohdat sille.

7.2.3 Mobiilisovellusta koskevat kehitysideat

Oman mielen hyvinvointi kiinnostaa ihmisiä yhä enemmän ja sen seuraamisen tarkoitettujen digitaalisten sovellusten käyttö on suosittua. Älypuhelimia ja niille ladattavia sovelluksia hyödynnetään mielenterveystyössä. (Torous ym, 2014.) On myös paljon sovelluksia, jotka eivät ole lääkinnällisiä laitteita, vaan hyvinvointi- tai terveyssovelluksia (Hamari ym. 2020).

Kuten aikaisemmin jo tuotiin ilmi, terapeuteilla oli myös mobiilisovellusta koskevia näkemyksiä ja kehitysideoita. Haastateltavat toivat esiin mobiilisovelluksen käytettävyyden merkityksen etenkin kyseisen asiakasryhmän, eli mielenterveyskuntoutujien kohdalla. Käyttöliittymän tulee olla yksinkertainen ja helppokäyttöinen ja ennen kaikkea vastata toiminnoiltaan sitä, mitä käyttäjä pyrkii sillä tekemään (Hyysalo 2009, 168-170). Haastateltavat nostivat esiin sen, että mielenterveyskuntoutajat ovat asiakasryhmänä erityisen herkkiä kuormittumaan

vielä lisää, mikäli oman voinnin seurantaan tarkoitettu mobiilisovellus on hankalakäyttöinen ja aikaa vievä.

Haastateltavat pohtivat, voisiko sekä ohjelmistoon että sovellukseen lisätä ns. paniikkinappulan, jota painamalla lähtisi ammattilaiselle/asiakkaalle viesti, että haluaa tavata. Tällöin olisi hyvin tärkeää muistaa toiminnon selkeä nimeäminen, jottei turhia yhteydenottoja tulisi. Myös toiminnon varmistaminen olisi tarpeen, jotta käyttäjä pääsisi halutessaan vielä peruuttamaan toiminnon. (Hyysalo 2009, 169.) Haastateltavat pohtivat myös, että mikäli hoitokontaktia ei olisi vielä olemassa, johdattaisi ”paniikkinappula” lähialueen terapeuttien yhteystietosivustolle, josta voisi itselleen alkaa etsimään terapeuttia. Ammattilaiset pohtivat, että terapeutin etsiminen voi viedä kohtuuttomasti voimavaroja, silloin kun niitä ei ole, joten sovelluksen apu terapeutin löytymisessä olisi arvokas lisä.

Sovellus voisi myös haastateltavien mukaan ohjata asiakkaan tekemään jonkin pienen rentoutumisharjoituksen, mikäli mielialakyselyn tulokset olisivat hälyttävät. Tämä nähtiin tärkeäksi ominaisuudeksi siksi, että ihminen ei välttämättä ahdistuksissaan muista esim. terapeutin kanssa sovittuja toimintatapoja ”hädän hetkellä”. Oli innostavaa huomata, kuinka ennakkoluulottomasti haastateltavat heittäytyivät ideoimaan lisäominaisuuksia ja kehitysideoita myös sovelluksen suhteen.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön mielenkiintoinen ominaisuus on se, että kehitysideoita ja -ajatuksia lähdetään keräämään ammattilaisilta, joilla ei ole käyttökokemusta ohjelmistosta. Käyttökokemus nähdään helposti edellytyksenä käytettävyyden tutkimiselle. Opinnäytetyö todistaa kuitenkin, että tutkimusta voidaan tehdä myös silloin, kun käyttökokemus puuttuu ja saada silti aikaan konkreettisia tutkimustuloksia.

Toki haastattelut tehtiin ammattiryhmälle, joiden työnkuvaan kuuluu tietynlainen pohtiva ja analysoiva keskustelu. Tämä luultavasti osaltaan helpotti ohjelmiston arviointia, vaikkei käyttökokemusta ollutkaan.

Haastattelun onnistuminen riippuu pitkälti haastateltavan tuottamasta puheesta ja vuorovaikutuksesta haastattelijaan. Ammattiryhmänä psyko- ja lyhytterapeutit osoittautuivat oikein oivallisiksi haastateltaviksi, koska heidän työnkuvansa vaatii puheen tuottamista ja vuorovaikutuksessa olemista, kuten myös jo edellä mainittua analysointia ja pohdiskelua.

Digitaalisuus lisääntyy yleisesti arjessamme kiihtyvällä tahdilla. On mielenkiintoista nähdä, kuinka se ilmenee hoitotyössä ja etenkin mielenterveystyön puolella. Digitaalisuus helpottaa ihmisten elämää jo monessa asiassa. Se tarjoaa monipuolisia mahdollisuuksia myös mielenterveyden seuraamiseen ja oman voinnin tarkkailuun. Tietoturva ja ihmisen yksityisyyden suoja on erityisen tärkeää muistaa, silloin kun kyseessä on arkaluontoista tietoa sisältävä sovellus tai ohjelmisto, kuten sote-sektorilla usein on. CE-merkintä takaa riittävän tietoturvan, koska sitä ei heppoisin perustein myönnetä.

Oli mielenkiintoista huomata, että vaikka monet mielenterveysalan ammattilaiset käyttävätkin jo tietotekniikkaa jokapäiväisessä työssään (Maheu ym. 2005), oli kyselyn tuloksiin nojaten tulkittava, etteivät digitaaliset työkalut kiinnosta. Vain 18,4% vastasi digitaalisten työkalujen kiinnostavan paljon (arvo 5), kun taas sama prosentti antoi vain arvon 2 ja peräti 15,8% vastasi ettei ole kiinnostunut digitaalisista työkaluista. Haastateltavat taasen vaikuttivat erittäin kiinnostuneilta ja jopa innostuneilta ohjelmistosta ja sen tuomasta lisäarvosta asiakastyöhön, mikä on hieman ristiriidassa kyselyn tulosten kanssa. Täytyy kuitenkin muistaa,

että voimme olettaa haastatteluun osallistuneiden henkilöiden olleen lähtökohtaisesti kiinnostuneita digitaalisista työkaluista. Epätodennäköistä on, että henkilö, jota digitaaliset työkalut eivät lainkaan kiinnosta, jättäisi kyselyssä sähköpostiosoitteensa, jotta pääsisi juttelemaan lisää digitaalisista työkaluista.

Opinnäytetyön tutkimuksen tärkeimpänä aineistona on teemahaastatteluista esiin nousseet ajatukset, kommentit ja kehitysideat. Kyseessä on todella pienen ihmisryhmän näkemykset ja mielipiteet, jolloin tutkimustuloksia ei voida yleistää. Aineistosta nousi kuitenkin esiin myös eräs näkemys, joka voidaan mahdollisesti johtaa koko ammattiryhmän yleiseksi näkemykseksi. On mielestäni erittäin mielenkiintoista, kuinka haastateltavat tarttuivat heti potilas-termiin sitä vieroksuen. Yleistystä etsittäessä voidaan siis ajatella, että psyko- ja lyhytterapeutit eivät tapaa potilaita, vaan puhuvat enemmän asiakkaista. Yleisesti potilas-termi voidaan nähdä leimaavana sanana. Potilas on helpompi nähdä passiivisena hoidon ja toimenpiteiden vastaanottajana, kun taas asiakas neutraalimpana terminä on helpompi nähdä autonomisena, aktiivisena toimijana. On helppo ajatella myös, että potilaassa on jotain ”vialla”, jokin (mielen)terveydellinen pulma, joka vaatii hoitoa. Tutkimusta tehdessäni huomasin myös, kuinka itselleni sosiaalialan ammattilaisena on epäluontevaa käyttää potilas-termiä.

Digitalisaation ja teknologian yhä kehittyessä on mielenkiintoista seurata, mitä kaikkea ihminen vielä keksiikään. Vaikka teknologia helpottaakin arkeamme jo monessa asiassa, on kuitenkin yksi asia, jota koneet eivät voi koskaan korvata – inhimillinen kohtaaminen. Kahden ihmisen vuorovaikutusta ei voi mikään kone korvata. Tämän takia onkin ehdottoman tärkeää, että mielenterveystyössä kuten toki kaikessa ihmisten kohtaamista sisältävässä työssä, teknologiaa ja digitaalisia työkaluja käytetään ihmisen tekemän työn tukena, ei sitä korvaamassa. Terapiatyö voidaan helposti nähdä työnä, jossa asiakkaan kohtaaminen kasvotusten mahdollistaa tilannearvion kokonaisvaltaisemman tulkitsemisen. Non-verbaalinen viestintä ja asiakkaan ulkoinen olemus voivat kertoa asioita, joita ei etäyhteyksien kautta pysty huomaamaan. Digitaaliset työkalut voidaan käsittää nimenomaan vain chattina tai muina etäyhteyksin tapahtuvana kommunikaationa asiakkaan kanssa. Mikäli terapeutti kuvittelee digitaalisten työkalujen korvaavan kasvokkain tapahtuvan asiakaskohtaamisen, on helppo

käsittää ammattikunnan vähäinen kiinnostus opinnäytetyöni aiheeseen. Toivon, että tämän opinnäytetyön kautta terapeutit voisivat havahtua siihen, ettei digitaalisia työkaluja tarvitse karttaa, vaan niitä voi ennakkoluulottomasti hyödyntää työssään. Tällöin voi jopa huomata pystyvänsä tehokkaampaan asiakastyöhön digitaalisten työkalujen siivittämänä.

9 LÄHTEET

Auer, A., Auer, L., Heinäsmäki, M., Hölttä, J., Kalliala, E., Laanti, M., Laine, K., ym. 2013. Ketterää kehitystä. Helsinki: Finn Lectura, 43-44.

Bickman, L. 2020. Improving Mental Health Services: A 50-Year Journey from Randomized Experiments to Artificial Intelligence and Precision Mental Health. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research (2020) 47:795–843.

<https://doi.org/10.1007/s10488-020-01065-8>

Cooper, A. In-mates are running the asylum – why high-tech products drive us crazy and how to restore the sanity. Indiana: Sam, 73.

Cortez A, Hsui P, Mitchell E, Riehl V & Smith P 2018. Conceptualizing a Data Infrastructure for the Capture, Use, and Sharing of Patient-Generated Health Data in Care Delivery and Research through 2024. Saatavilla:

https://www.healthit.gov/sites/default/files/onc_pghd_final_white_paper.pdf

Dufva, M., 2020. Megatrendit 2020. Sitran selvityksiä, 162, p.2020, 38-39.

Euroopan Unioni a. Virallinen verkkosivusto. 26.3.2021. CE-merkintä.

https://europa.eu/youreurope/business/product-requirements/labels-markings/ce-marking/index_fi.htm Viitattu 5.5.2022

Euroopan Unioni b. Virallinen verkkosivusto. 26.3.2021. GDPR.

https://europa.eu/youreurope/business/dealing-with-customers/data-protection/data-protection-gdpr/index_fi.htm Viitattu 5.5.2022

Haikala, I. & Mikkonen, T. 2011. Ohjelmistotuotannon käytännöt. 12. uud. p. Helsinki: Talentum, 30.

Haikala, I. & Märijärvi, J. 2004. Ohjelmistotuotanto. 10. uud. p. Helsinki: Talentum, 35.

Hamari, L., ym. 2020. Digitaalisten terveyst- ja hyvinvointisovellusten kehittäminen, arviointi ja raportointi: Qvalidi 2019 -tarkistuslistan kehittäminen ja sisältö. Hoitotiede 32.1. 52–66. Print.

Helsinki Missio n.d. Mitä on palautetietoinen hoito?

<https://www.helsinkimissio.fi/mita-on-palautetietoinen-hoito> Viitattu 14.4.2022

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. Tutkimushaastattelu: teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press, 2008. Print. 27-28, 136,138, 143, 151.

Huba, N. & Zhang, Y. 2012. Designing Patient-Centered Personal Health Records (PHRs): Health Care Professionals' Perspective on Patient-Generated Data. Journal of medical systems 36(6), 3893–3905.

Hyysalo, S. 2009. Käyttäjä tuotekehityksessä. Tieto, tutkimus, menetelmät. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 17-18, 168-170, 175-176.

Hämäläinen, K. & Lammi, M. 2009. Service design as a tool for innovation leadership. Teoksessa Miettinen, S. & Koivisto, M. (toim.) Designing Services with Innovative Methods. Taideteollisen korkeakoulun julkaisusarja B. Keuruu: Otava Oy, 192.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P., & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: Eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. Hoitotiede, 25(4), 291-301. Saatavilla verkossa: <https://libproxy.tuni.fi/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/kuvaileva-kirjallisuuskatsaus-eteneminen/docview/1469873650/se-2?accountid=14242>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2015. Tutkimus hoitotieteessä. 3.-4. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy. 126.

Korkiakoski, V. 2021. Digitaalinen murros mielenterveyden hoidossa. Kandidaatin tutkielma. Tekniikan ja luonnontieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto, 10, 13, 16-17.

Korvenranta, H. 2005. Asiantuntija-arvioinnit. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät, 111-124. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 118.

Lovejoy, C. A. 2019. Technology and mental health: The role of artificial intelligence. European Psychiatry , Volume 55 , January 2019, pp. 1 - 3
DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.08.004>

Maheu M., Pulier M., Wilhelm F., McMenamin J., Brown-Connolly N. 2005. The mental health professionals and the new technologies. A Handbook for Practice Today. 11th edition. Lawrence Erlbaum Association, New Jersey.

McConnell, S., Toikkanen, T. & Arola, J. 2002. Ohjelmistotuotannon hallinta. Helsinki: Edita, IT Press.

Medified n.d. <https://fi.medified.fi/>

Miles, M. B. & Huberman, A. M. (1994). Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook (2ed.). Thousand Oaks: Sage Publications.

Nielsen, J. 1993. Usability Engineering. San Francisco: Elsevier Science & Technology.

Nielsen, J. 1994 Heuristic Evaluation. In Nielsen, J., & Mack, R. L. (Eds.), Usability Inspection Methods, 25–62. New York, NY: John Wiley & Sons.

Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 3.

TAMK n.d. <https://www.tuni.fi/fi/tutkimus/vastuullinen-tiede/hyva-tieteellinen-kaytanto>

Torous, J., ym. 2014. Patient Smartphone Ownership and Interest in Mobile Apps to Monitor Symptoms of Mental Health Conditions: A Survey in Four Geographically Distinct Psychiatric Clinics. JMIR mental health 1.1

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi, 2018. Print. 98, 122, 124-125, 149, 155-156.

Vanhala, T. 2005. Kyselylomakkeet käytettävyystudkimuksessa. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 17, 24-25, 30.

Venäläinen, H. 2018. Asiakaskeskeinen ohjelmistokehitys. Jyväskylän yliopisto informaatioteknologian tiedekunta, 15.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveystalvelujen kehittämiseen. Teke-sin katsaus 281/2011, 18-19. Luettu 18.3.202
<https://www.businessfinland.fi/globalassets/julkaisut/matkaopas.pdf>

Vuorela, S. 2005. Haastattelumenetelmät. Ovaska, S., Aula, A. & Majaranta, P. (toim.) Käytettävyystudkimuksen menetelmät, 37-52. Tampereen yliopisto, Tietojenkäsittelytieteiden laitos B-2005-1, 37.

LIITTEET

Liite 1. Verkkokysely

1 (4)

Psyko- ja lyhytterapeuttien työnkulku

Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa etenkin psyko- ja lyhytterapeuttien työnkulkua sekä siinä esiintyviä haasteita. Kyselyn vastauksia hyödynnetään YAMK opinnäytetyön tekemisessä. Opinnäytetyö tehdään yhdessä työelämän toimijan kanssa. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymeina. Vastaaminen ei sido mihinkään.

Tulokset käsitellään anonyymisti ja ja analyysit tehdään ryhmätasolla. Kartoitusta toteutetaan yhteistyössä Medified Solutions Oy:n kanssa (<https://www.medified.fi/>). Lopussa on vapaa sana -osio, jossa voit tarkentaa sanallisesti vastauksia. Kenttä on vapaaehtoinen.

Kiitos ajastasi ja vaivannäöstäsi jo tässä vaiheessa!

***Pakollinen**

1. Pohjakoulutukseltani olen *

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Lähihoitaja
- ☐ Sairaanhoidaja
- ☐ Psykologi
- ☐ Lääkäri
- ☐ Muu:

2. Tällä hetkellä työskentelen *

- ☐ psykoterapeuttina
- ☐ lyhytterapeuttina
- ☐ Muu:

3. Aloittaessani työskentelyn uuden asiakkaan kanssa mielenterveysanamneesin tekeminen on haastavaa *

Merkitse vain yksi soikio.

	1	2	3	4	5	
Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä

4. Aloittaessani työskentelyn uuden asiakkaan kanssa, saan asiakkaan taustaa koskevat tiedot (mistä?) *

5. Uuden asiakkaan mielenterveysanamneesin tekeminen on aikaavievää *

Merkitse vain yksi soikio.

	1	2	3	4	5	
Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä

6. Aloittaessani työskentelyn uuden asiakkaan kanssa koen, että asiakkaan tietoihin perehtyminen on haastavaa *

Merkitse vain yksi soikio.

	1	2	3	4	5	
Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä

7. Koen valmistautumisen vastaanottoa varten (asiakkaan tilanteen tarkistaminen, viimekertaisen käynnin sisältö yms.) haastavaksi * *Merkitse vain yksi soikio.*

	1	2	3	4	5	
Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä

8. Miten asiakkaan vastaanotot sovitaan tällä hetkellä? *

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Säännölliset tapaamiset tietyllä syklillä
- ☐ Tarvekohtaiset tapaamiset aina tarpeen vaatiessa
- ☐ Muu: _____

9. Koen, että asiakas (pääsääntöisesti) tuottaa tarpeeksi puhetta tapaamisilla, jotta saan tarvittavan tiedon potilaan senhetkisestä voinnista * *Merkitse vain yksi soikio.*

	1	2	3	4	5	
Täysin eri meiltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä

10. Koen, että asiakas muistaa ja osaa kertoa tarkasti oman voinnin kehityksen vastaanottojen välillä * *Merkitse vain yksi soikio.*

Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä
	1	2	3	4	5	

11. Minulla on olemassa työkalut tehokkaaseen hoidonseurantaan *

Täysin eri mieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Täysin samaa mieltä
-------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------	---------------------

Merkitse vain yksi soikio.

1 2 3 4 5

12. Käytätkö digitaalisia työkaluja hoidonseurannassa? (esim. mobiilisovellukset) *

Merkitse vain yksi soikio.

- ☐ Kyllä käytän
- ☐ En käytä
- ☐ En osaa sanoa

13. Mikäli vastasit edelliseen kysymykseen "kyllä", mitä työkaluja on käytössäsi?

14. Olisitko kiinnostunut digitaalisista työkaluista, kuntoutuksen edistymisestä ja omahoidon seurannasta käyntien välillä? * *Merkitse vain yksi soikio.*

	1	2	3	4	5	
En ole kiinnostunut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Kiinnostaa paljon

15. Mikäli vastasit edelliseen "kyllä", olisitko halukas osallistumaan pieneen demo & haastattelu -tilaisuuteen Teamsin välityksellä ja näin edesauttamaan opinnäytetyön tekemistä ja opiskelijan valmistumista merkittävällä tavalla? *

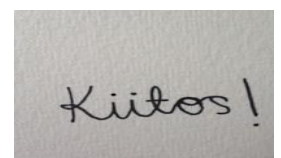


- ☐ Kyllä vain!
☐ Ei kiitos.

16. Jätä tähän sähköpostiosoitteesi, niin sovitaan aika ja nähdään Teamsissa!



17. Sana on vapaa



Liite 2. Taulukko ala-, ylä- ja pääluokkiin jak

Potilas-termin sijaan asiakas-sana	Potilas vs. asiakas	Käytetty termistö	Termistö
Testit saataville vain ammattilaisen toimesta	Testien valitseminen		
Kaikkia testejä ei saisi omin päin tehdä	Testien valitseminen	Saatavilla olevat testit	Testit
Testejä ei saisi liian usein tehdä	Testien liika tekeminen		
Testien asiakaskohtainen valitseminen	Turhat testit		
Tummempi tausta, jotta boxit erottuu	Värimaailma		
Näkymän saaminen omaan, isompaan ruutuunsa klikkaamalla	Näkymän valitseminen/muokkaaminen	Visuaalisen ilmeen lisävalinnat	Visuaalisuus
Osioiden piilottamisen mahdollisuus	Näkymän valitseminen/muokkaaminen		
Tiettyyn osioon keskittyminen, esim. graafin suurentaminen/esiin nostaminen	Näkymän suurentaminen		
Testistä saatujen pistemäärien nousu/lasku graafille näkyviin	Pistemäärien visualisointi graafissa		
Mielialakyselyn täyttämisen ajankohta kellonaikaa myöten	Tarkemmat tiedot graafiin	Graafiin kehitysideat	Grafiikka
Tarkasteltavan ajanjakson määrittäminen manuaalisesti esim. kalenterin avulla	Kalenterinäkömä graafiin		
Asiakkaiden ryhmittely tarkastelua varten huolen mukaan	Asiakaslistan näkömä	Potilaat-etusivun näkömän asetukset	Asetukset
Tsemppiviesti/palkitsemisjärjestelmä	Viestittely asiakkaalle		
Tapaamisesta/testin täyttämisestä muistutusviesti	Muistuttaminen viestillä	Viestiminen uutena lisätoimintona	Lisätoiminnot
"Paniikinappula" molempiin suuntiin: voidaanko tavata/ota yhteyttä?	Yhteysotoppyyntö viestillä		

