

PSYKOOSIPOTILAILLE TARKOITETUN SÄHKÖISEN
POTILASOPETUSMENETELMÄN LEVITYS JA MIELENTERVEYSALAN
AMMATTILAISTEN KOKEMUKSIA KÄYTÖSTÄ

Paula Räisä
Pro gradu-tutkielma
Hoitotieteen laitos
20014 Turun yliopisto
Huhtikuu 2015
Ohjaaja Maritta Välimäki

TURUN YLIOPISTO

Hoitotieteen laitos

RÄISÄ, PAULA: Psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmentelmän levitys ja mielenterveystyön ammattilaisten kokemuksia käytöstä

Pro Gradu-tutkielma, 40 s., 17 liitesivua

Hoitotiede

Huhtikuu 2015

Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmentelmän (MieliNet) levitystä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden mielenterveystyön ammattilaisten kokemuksia sähköisen potilasopetusmenetelmän käytöstä. Tutkimuksen tavoitteena on saatavan tiedon avulla kehittää edelleen MieliNet-ohjelman hyödynnettävyyttä psykiatrisessa hoitotyössä.

Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa selvitettiin sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden (n = 125) kiinnostusta tutustua sähköiseen potilasopetukseen. Potilasopetuksesta kiinnostuneiden organisaatioiden (n = 16) taustatiedot kuvattiin sekä selvitettiin mielenterveystyön ammattilaisten (n = 41) halukkuutta tutustua MieliNet-sivustoon ja osallistua sähköisen potilasopetuksen verkkokurssille. Toisessa ja kolmannessa vaiheessa aineisto kerättiin sähköiselle moodle-alustalle sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttäjiltä (n=7). Aineisto analysoitiin induktiivista ja deduktiivista sisällön analyysiä käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan sähköisestä potilasopetusmenetelmästä kiinnostuneiden organisaatioiden osuus oli 4% niistä organisaatioista, joille tiedon levitys tapahtui. Sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttäjistä valtaosa työskenteli erikoissairaanhoidossa toimivissa aikuispsykiatrian avohoidon yksiköissä. Sähköisen potilasopetusmenetelmän käytön vahvuuksina koettiin potilasopetuksen tehostuminen, omahoitajasuhteen kehittyminen ja potilaiden lisääntynyt hoitoon sitoutuminen. Heikkouksina koettiin ongelmat sähköisen potilasopetusohjelman käytössä ja ennakkoluulot sähköisen potilasopetusohjelman käytöstä sekä potilaiden psyykkisen voimien heikentyminen. Mahdollisuuksina koettiin potilasopetuksen tehostuminen ja potilasopetusohjelman uudet käyttömahdollisuudet. Uhkina koettiin sähköisen potilasopetusmenetelmän riittämätön arvostus sekä ongelmat ja ennakkoluulot potilasopetusohjelman käytössä.

Potilaiden yksilöllisyys huomioitiin hyvin potilasopetustilanteissa. Sähköinen potilasopetusmenetelmä synnytti keskustelua potilaille tärkeistä asioista. Potilasopetustilanteiden sujuminen, potilaiden asenne ja oma osaaminen aiheuttivat huolta. Potilasopetustilanteisiin valmistautumiseen halutaan jatkossa kiinnittää enemmän huomiota.

Asiasanat: informaatioteknologia, mielenterveystyö, potilasopetus, hoitaja

UNIVERSITY OF TURKU

Department of Nursing Science

RÄISÄ, PAULA: Dissemination of information technology based patient
education in Finland

Master's thesis, 40 pages, 7 appendices (17 pages)

Nursing Science

April 2015

The aim of this study was to describe the dissemination of information technology (IT) based patient education among psychosis patients. Also mental health care professionals' experiences toward IT- based patient education was gathered. The aim is to develop the utilization of MieliNet program in mental health nursing on the basis of results of this study.

A study was conducted in three phases. In first phase the data was gathered from social and health care organizations (n = 125) to find out their interest to acquaint with IT-based patient education. Background about organizations interested in IT-based education (n = 16) was described. Mental health professionals (n = 41) interest to acquaint with MieliNet web site and interest to participate in online course was studied. In second and third phases the data was gathered using Moodle-platform with health care professionals (n = 7) using MieliNet web site. The data was analyzed with inductive and deductive content analysis.

The study revealed that 4% of all health care organizations that information about IT-based patient education disseminated were interested. Majority of mental health professionals using MieliNet web site worked in specialized psychiatric out-patient clinics with adults. As strengths when using IT-based patient education were identified the improvement of patient education, development of the relationship between health care professionals and patients in primary nursing and improvement of patients' adherence to care. As weaknesses were identified some problems and prejudices and deterioration in patients' mental state. Patient education efficiency and new applications for patient education program identified as opportunities. Some problems and prejudices and insufficient appreciation of IT-based patient education identified as threats.

Patients were seen as individuals in IT-based patient education session. Important issues to patients were discussed because of IT-based patient education method. Mental health professionals using MieliNet web site concerned about the proceed of IT-based patient education session, patients' attitudes toward IT-based patient education and their own proficiency about IT-base patient education method. Attention will be paid to preparation to IT-based patient education session.

Key words: information technology, mental health nursing, patient education, nurse

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 TAUSTA	3
2.1 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen	3
2.2 Aikuisten vakavat mielenterveysongelmat Suomessa.....	5
2.3 Informaatioteknologia terveydenhuollossa	6
2.4 Informaatioteknologia mielenterveystyössä.....	7
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	11
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	12
4.1 Tutkimusasetelma.....	12
4.2 Tutkimuksen perusjoukko ja tutkimusjoukon muodostaminen.....	12
4.3 Aineistonkeruuväline ja aineistonkeruu	13
4.4 Tutkimusaineiston analyysi	15
5 TUTKIMUSTULOKSET	18
5.1 Psykiatristen toimintayksiköiden kiinnostus sähköisen potilasopetusmenetelmän levityksestä	18
5.2 Vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat sähköisen potilasopetusmenetelmän käytössä.....	22
5.3 Palaute sähköisestä potilasopetuksesta.....	27
6 POHDINTA	30
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	30
6.2 Tutkimuksen eettisyys	31
6.3 Tulosten tarkastelu	32
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuksen keskeiset käsitteet tiedonhaku varten PICO-lausekkeen mukaisesti

Liite 2. Tieteellisten julkaisujen hakuprosessi

Liite 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

Liite 4. Kutsukirje seminaariin

Liite 5. Kyselylomake haluukkuudesta tutustua verkkokurssille

Liite 6. Analyysiprosessi alkuperäisistä ilmauksista aineiston pelkistämiseen ja alaluokkien sekä yläluokan muodostamiseen

Liite 7. Koekäyttäjien kuvaamien potilasopetustilanteiden analyysiprosessin eteneminen

KUVIOT

Kuvio 1. Tieteellisten julkaisujen valintaprosessi s. 8

Kuvio 2. Analyysin vaiheet s. 17

Kuvio 3. Sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttöön ottaminen s. 19

Kuvio 4. Sähköisen potilasopetusmenetelmän käytön vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat s. 27

"Turun yliopiston laatu järjestelmän mukaisesti tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck-järjestelmällä."

1 JOHDANTO

Mielenterveys- ja päihdeongelmat ovat kansanterveyden kannalta keskeinen sairausryhmä. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyys Suomessa on yleisesti kansainvälistä keskitasoa kehittyneisiin maihin verrattuna. Yleisimpiä mielenterveyden häiriöitä ovat erilaiset masennustilat ja ahdistuneisuushäiriöt sekä alkoholinkäyttöön liittyvät häiriöt. (Harjajärvi ym. 2006.) Vuonna 2013 psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa 159 131 potilaalla oli noin 1,8 miljoonaa avohoitokäyntiä. Vuodesta 2006 alkaen psykiatrisen erikoissairaanhoidon vuodeosastohoidon hoitopäivät ovat vähentyneet noin 29 prosenttia ja hoitajaksojen määrä noin 20 prosenttia. Samaan aikaan psykiatrisen erikoissairaanhoidon avohoitokäynnit ovat lisääntyneet 31 prosenttia ja potilasmäärä 23 prosenttia. (Rainio & Rätty 2015.)

Informaatioteknologian kehitys yhteiskunnassa on ollut nopeaa, jonka myötä niin työympäristö kuin sen toimintatavat ovat muuttuneet (Juntunen 2012). Informaatioteknologialla tarkoitetaan palveluja, sovellutuksia ja laitteita kuten matkapuhelimia ja internetiä (European Union 2013). Yksinkertaisimmillaan terveydenhuollon informaatioteknologia määritellään tietojärjestelmien ja tekniikan osallisuudeksi terveydenhuollossa (Koivunen 2009). Informaatioteknologiasovelluksia hyödynnetään myös potilasopetuksessa, jossa pyrkimyksenä on vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen sekä tarpeiden parantamiseen ja ylläpitämiseen (Välimäki ym. 2007).

Sähköiset potilasopetusmenetelmät psykiatristen potilaiden tukijärjestelminä ovat yleistyneet maailmanlaajuisesti (Välimäki ym. 2008; Meyer ym. 2009; Meglic ym. 2010; Rotondi ym. 2010). Käyttäjätasoisien sähköisten potilasopetusmenetelmien kehittämiseen tarvitaan käyttäjien, niin potilaiden kuin hoitajien ja kehittäjien välistä yhteistyötä (Välimäki ym. 2008; Bae ym. 2009; Barnes ym. 2011; Ferron ym. 2011). Hoitohenkilökunnan tietoteknologiasovellusten hyväksyntää ja hyödyntämistä on mahdollista tukea ja edistää muun muassa huomioimalla hoitajien ATK-taidot, sovelluksen käyttöön liittyvä harjoittelu ja käytön ohjeistus sekä varmistamalla sovelluksen käytettävyyden (Koivunen ym. 2010.)

Sähköisten potilasopetusmenetelmien on todettu edistävän potilaiden asemaa muun muassa lisäämällä heidän tiedonsaantiaan itse sairaudesta ja sen hoitomuodoista, tehostamalla potilaiden ja hoitajien välistä vuorovaikutusta ja vähentämällä potilaiden leimautumista (Stjernswärd & Östman 2006; Nemoto ym. 2007; Anttila ym. 2008). Sähköisten potilasopetusmenetelmien on todettu olevan selkeitä ja helppokäyttöisiä

kognitiivisista puutoksista, kuten toiminnanohjaus- ja muistivaikeuksista kärsiville (Proudfoot ym. 2007; Rotondi ym. 2010). Myös vakavista psyykkisistä häiriöistä kärsivien potilaiden on todettu hyötyvän sähköisestä potilasopetuksesta (Anttila ym. 2012).

Haasteena on kuitenkin helposti hyväksyttävien potilasopetusmenetelmien kehittäminen, jotka potilaat ottavat päivittäiseen käyttöönsä ja jotka leviävät käyttäjäkunnassa. Käyttäjille hankala ja sopimaton interventio hidastaa tai voi jopa estää sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöönoton. Teknologia tulee yhdistää kehitysprosessiin, joka edistää menetelmän käyttäjäystävällisyyttä ja psyykkisesti sairaan potilaan äänen esiin tulemistä potilasopetusmenetelmää kehitettäessä. Käyttäjäystävällisen ja helppokäyttöisen teknologian kehittäminen edellyttää käyttäjien kuuntelemista ja osallistumista menetelmän kehittämiseen. Sitä kautta saadaan tärkeitä käyttökokemuksia menetelmän toimivuudesta, soveltuvuudesta ja käytettävyydestä. (Välimäki ym. 2008; Bae ym. 2009.)

Tämä tutkimus kohdistui psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmenetelmän levitykseen ja käytöstä saatuihin kokemuksiin. MieliNet-ohjelma on suunnattu erityisesti skitsofreniaa, skitsotyypistä häiriötä ja harhaluuloisuushäiriötä sairastaville potilaille (Hätönen ym. 2006). Aihe on tärkeä, sillä sähköiset potilasopetusmenetelmät lisäävät potilaan hyvinvointia ja ovat kustannustehokkaita (Rotondi ym. 2010; Álvarez-Jiménez ym. 2012; Im & Chang 2013). Aiempien tutkimusten mukaan sähköiset potilasopetusmenetelmät tukevat hoitohenkilökuntaa potilaskeskeisen hoitotyön toteuttamisessa (Anttila ym. 2008; Steinwachs ym. 2011) ja yhdenmukaistavat auttamismenetelmiä (Im & Chang 2013). Tietoa puuttui sähköisten potilasopetusmenetelmien levityksestä ja käyttöönotosta sekä niihin liittyvistä vahvuuksista ja heikkouksista (Baker & Ray 2011; Im & Chang 2013). Tutkimuksen tuloksia on mahdollista hyödyntää kehitettäessä edelleen ohjelman hyödynnettävyyttä psykiatrisessa hoitotyössä.

2 TAUSTA

2.1 Mielenterveyspalveluiden järjestäminen

Suomen perustuslaki (731/1999) takaa jokaiselle yksilölle oikeuden riittäviin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluihin. Lakisääteisten sosiaali- ja terveyspalveluiden järjestämisvastuu kuuluu kunnalle, jotka se voi tuottaa itse tai kuntayhtymänä, ostopalveluna muilta kunnilta, järjestöiltä tai yksityisiltä palveluntuottajilta. Terveystoimintolain (1326/2010) mukaan hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ovat osa kunnan strategista suunnittelua ja toiminnan seuranta. Terveystoimintolaki korostaa kunnan vastuuta sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisestä että palvelujen joustavasta järjestämisestä väestön tarpeiden mukaisesti. (Voipio-Pulkki 2011.)

Terveydenhuollon järjestämät terveyspalvelut jaetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon palveluihin. Perusterveydenhuolto on kunnan järjestämää terveydenhuoltoa, käsittäen väestön terveydentilan seurannan ja edistämisen, suun terveydenhuollon, lääkinnällisen kuntoutuksen, työterveyshuollon, ympäristöterveydenhuollon, avosairaanhoidon, kotisairaanhoidon sekä mielenterveys- ja päihdetyön palveluita. Perusterveydenhuollon palveluita tarjoavat terveyskeskukset ja työterveyshuolto sekä yksityiset lääkäriasemat. (Kapiainen ym. 2014.)

Kuntien muodostama sairaanhoitopiirin kuntayhtymä vastaa aluensa erikoissairaanhoidon palveluiden yhteensovittamisesta väestön ja perusterveydenhuollon tarpeiden mukaan. Sairaanhoitopiirin kuntayhtymä on velvollinen yhteistyössä perusterveydenhuollosta vastaavan kunnan kanssa järjestämään erikoissairaanhoidon niin, että ne muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden. Erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan lääketieteen ja hammaslääketieteen erikoisalojen mukaisia sairauksien ehkäisyyn, tutkimiseen, hoitoon, päivystykseen ja lääkehoitoon kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Erikoissairaanhoidon palveluita tarjoavat terveyskeskukset, sairaanhoitopiirien sairaalat ja yksityiset palveluntuottajat. (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.)

Kansanterveyslain 14§ määrää kunnan toteuttamaan mielenterveyslaissa (1116/1990) tarkoitettua mielenterveystyötä järjestämällä terveyskeskuksessa annettava asukkaiden tarvitsema tarpeellinen ehkäisevä mielenterveystyö ja tarkoituksenmukaiset mielenterveyspalvelut. Mielenterveyslain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan yksilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kasvun

edistämistä sekä mielisairauksien ja muiden mielenterveydenhäiriöiden ehkäisemistä, parantamista ja lievittämistä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielisairauksista ja muista mielenterveydenhäiriöistä kärsiville henkilöille heidän lääketieteellisin perustein arvioitavan sairauden tai häiriön vuoksi annettavat sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Sairaanhoidopiirin kuntayhtymän tulee huolehtia erikoissairaanhoidona annettavista alueen mielenterveyspalveluista alueellaan siten kuin erikoissairaanhoidolaissa ja mielenterveyslaissa säädetään. Ensisijaisesti mielenterveyspalvelut tulee järjestää avopalveluina sekä niin, että oma-aloitteista hoitoon hakeutumista ja itsenäistä suoriutumista tuetaan. (Moring 2010.)

Viimeisten vuosikymmenien aikana sosiaali- ja terveydenhuoltoon sekä mielenterveystyöhön on kohdistunut suuria muutoksia (Laitila 2010). Psykiatrinen hoitojärjestelmä kehittyi erillään somaattisesta hoitojärjestelmästä 1970-luvun lopulle saakka, minkä jälkeen eri erikoisalojen hoitojärjestelmiä alettiin yhdistää sairaanhoidopiireiksi (Harjajärvi ym. 2006). 1970-luvulla Suomen psykiatrinen palvelujärjestelmä oli lähes täysin sairaalapainotteinen. Psykiatristen sairaansijojen määrä oli suhteellisesti toiseksi suurin koko Euroopassa. Psykiatrinen avohoitopalvelu oli kehittymätöntä eikä mielenterveyskuntoutujille tarkoitettuja asumispalveluja ollut. Valtakunnallinen skitsofreniaprojekti 1980-luvulla vaikutti voimakkaasti psykiatrisen palvelujärjestelmän kehittymiseen. Vuonna 2010 psykiatristen sairaansijojen määrä oli hieman alle 4000 eli noin 0,8%. (Tuori 2011.)

Psykiatrisen palvelujärjestelmän uudistukset ovat keskittyneet laitoshoidon purkamiseen ja avohoidon palveluiden kehittämiseen 1980–1990-luvun vaihteesta lähtien. Palvelujärjestelmän hallinnollista uudistusta ohjasi vuonna 1991 voimaan astunut mielenterveyslaki (L1116/1991) ja vuoden 1993 sosiaali- ja terveydenhuollon rahoituksen siirto valtiolta kunnille. Uudistukset ovat johtaneet tuettujen asumispalvelujen voimakkaaseen kasvuun. (Karlsson & Wahlbeck 2012.) Asumispalveluiden laadun parantaminen ja ohjauskeinojen kehittäminen ovatkin keskeisiä haasteita mielenterveyspalveluita kehitettäessä (Wahlbeck & Tuori 2009).

Suomessa psykiatrisia laitospaikkoja on vähennetty mutta kansainvälisesti arvioiden hoitojärjestelmä on edelleen laitosvaltainen ja tahdonvastaisen sairaalahoidon osuus on eurooppalaisittain suuri. Sekä Suomessa että kansainvälisesti tarkasteltuna hoitoajat psykiatrisissa sairaaloissa ovat lyhentyneet mutta sairaalaan palaaminen lisääntynyt. Palvelujärjestelmän muuttuessa avohoitopainotteisemmaksi, on omaisista tullut

merkittävä lisäresurssi viralliselle hoitojärjestelmälle. Mielen- ja pähdepalveluiden rakennemuutos on edelleen kesken ja palveluiden järjestämistavoissa sekä saatavuudessa on alueellisia eroja. (Laitila 2010.)

2.2 Aikuisten vakavat mielen- ja käyttäytymisongelmat Suomessa

Depressio aiheuttaa työ- ja toimintakyvyn heikkenemistä, minkä lisäksi se heikentää elämänlaatua. Depressio on merkittävä kansanterveysongelma sekä perusterveydenhuollossa että psykiatrisessa erikoissairaanhoidossa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2014.) Väestötutkimusten perusteella naisten depressiohäiriöt ovat yleisimpiä kuin miesten mutta depressiodiagnoosin saaneiden miesten toimintakyky on heikentynyt enemmän (Suvisaari 2013). Kaikkiaan vuoden 2013 lopussa depression vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä oli noin 35 500 henkilöä. Depression aiheuttamia kustannuksia syntyy työkyvyttömyyseläkemenojen ja sairauspäiväraha-kustannusten lisäksi heikentyneistä työsuorituksista ja hoitojärjestelmäkuluista. Eläketurvakeskuksen ja Kansaneläkelaitoksen tietojen mukaan vuonna 2013 työkyvyttömyyseläkemenot olivat 509 miljoonaa euroa ja sairauspäiväraha-kustannukset 108 miljoonaa euroa. (Depressio: Käypä hoito -suositus 2014).

Suurella osalla ahdistuneisuushäiriöistä kärsivillä aikuisilla on ollut psykiatrinen diagnoosi jo lapsuudessa ja nuoruudessa. Samanaikaisia ahdistuneisuushäiriöitä esiintyy useissa psykiatrisissa sairauksissa, kuten depressiosta ja kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsivillä potilailla. (Laajasalo & Pirkola 2012; Koponen 2014.) Ahdistuneisuushäiriöissä ahdistuneisuus on pitkäkestoista ja voimakasta sekä toimintakykyä rajoittavaa. Ahdistuneisuushäiriöt rajoittavat niistä kärsivien henkilöiden elämää sekä heikentävät elämänlaatua ja toimintakykyä. Yleistyneestä ahdistuneisuushäiriöstä kärsivät henkilöt hakeutuvat usein toistuvasti perusterveydenhuollon vastaanotolle erilaisiin vaikeisiin liittyvän suuren huolen vuoksi. (Suvisaari & Viertiö 2009.)

Skitsofrenia on vakava mielen- ja käyttäytymisongelma, johon sairastuu noin 1% väestöstä. Nuoruusikäen ajoittuva sairauden puhkeaminen aiheuttaa useasti kauaskantoisia vaikutuksia nuoren tulevaisuuden suunnitelmiin ja mahdollisuuksiin. (Tuulio-Henriksson 2012; Suvisaari 2013.) Skitsofreniapotilaiden elämänlaatu on huonompi suhteessa muuhun väestöön. Huonolle elämänlaadulle altistavia tekijöitä ovat muun muassa sairauden kroonistuminen, vaikeat psykiatriset oireet, lääkityksen

haittavaikutukset, huono tarveystila, sosiaalisten taitojen heikentyminen ja ihmissuhdevaikeudet sekä heikko taloudellinen tilanne (Pitkänen ym. 2009; Pitkänen 2010; Hsiao ym. 2012). Kansainvälisten tutkimusten perusteella skitsofrenian arvioidaan aiheuttavan 1-2% terveydenhuollon kustannuksista. Näin arvioiden skitsofrenian aiheuttamat kokonaiskustannukset Suomessa olisivat noin 700-900 miljoonaa euroa vuodessa. Suomalaisen arvion perusteella skitsofrenia vuotuiset kokonaiskustannukset ovat noin miljardi euroa. Hoitokustannusten osalta suurin osa muodostuu sairaalakustannuksista ja muusta ympärivuorokautisesta hoidosta. (Skitsofrenia: Käypä hoito -suositus 2014.)

2.3 Informaatioteknologia terveydenhuollossa

Terveydenhuollon alalla informaatioteknologia on jo käytössä hyvin kattavasti, josta esimerkkeinä ovat sähköinen potilaskertomusjärjestelmä, sähköinen lähete, potilaskertomustekstin alueellinen vaihto, kuvantamistulosten siirto sekä digitaalisten kuvien arkistointi- ja siirtojärjestelmät. Kansalaisille tarkoitettut sähköisen terveydenhuollon palvelut, kuten sähköinen ajanvaraus sekä sähköposti- ja tekstiviestikommunikointi ovat yleistymässä. (Winblad ym. 2012.) Sähköisten sovellusten on raportoitu muun muassa lisänneen käyttäjien tyytyväisyyttä ja hoitomyöntyvyyttä, vähentäneen avohoitokäyntien ja puhelujen määriä, parantaneen hoitotuloksia, lisänneen vaikuttavuutta, voimaannuttaneen potilaita ja vähentäneen hoitovirheitä sekä pienentäneen taloudellisia kuluja. Toisaalta sähköiset sovellukset ovat vaatineet lisäinvestointeja, konsultointia ja koulutusta sekä laitteiston ja ohjelmiston ylläpitoa ja kehittämistä. (Joffe ym. 2012.)

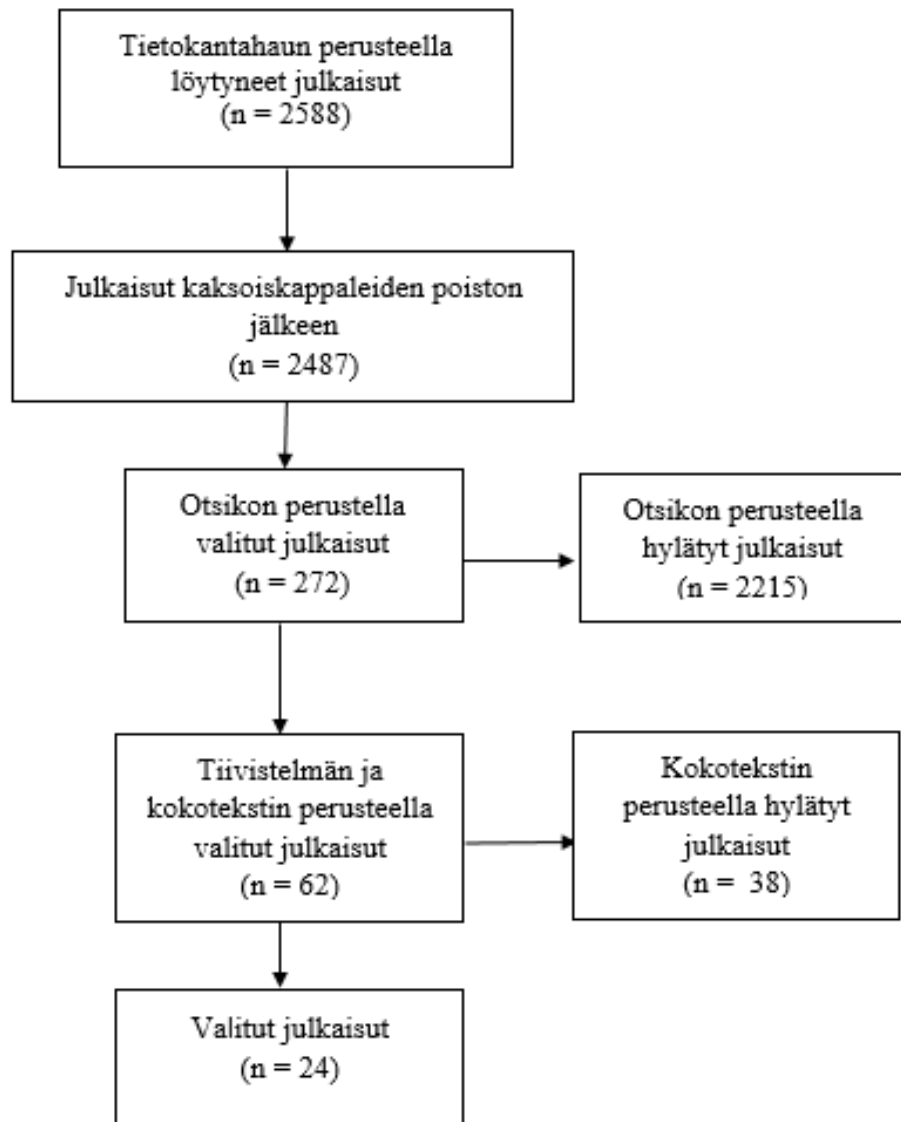
Teknologian kehittämisen merkittävänä haasteena on se, että vain pieni osa innovaatioista päätyy lopulta käyttöön (Davis & Venkatesh 2004). Uusien menetelmien hyväksynnän, käyttöönoton, leviämisen kuvaamiseen ja selittämiseen on kehitetty erilaisia teorioita. Diffusion Theory (Rogers 2003) selittää uuden menetelmän omaksumista. Innovaatiolla tarkoitetaan esimerkiksi vieraiksi koettuja uusia ideoita ja toimintatapoja. Innovaatioista pyritään saamaan tietoa sosiaalisen järjestelmän jäseniltä, jota kutsutaan diffuusioksi. Tietoa jakamalla innovaatiosta muodostuu yhteinen käsitys, josta seuraa innovaation vastaanottaminen tai hylkääminen. Päätös innovaation vastaanottamisesta tai hylkäämisestä tapahtuu yleensä vasta innovaation kokeilun jälkeen. Innovaatioiden diffuusioteorian mukaan innovaatioiden omaksumiseen vaikuttavat sen ominaisuudet eli

suhteellinen hyöty, monimutkaisuus, soveltuvuus, kokeiltavuus ja havaittavuus. Ensimmäiseksi vain harvat alkavat käyttää innovaatiota ja vähitellen sen omaksuminen lisääntyy. Innovaatioiden käyttöönotto- ja omaksumisaikojen perusteella yksilöt voidaan jakaa viiteen omaksujaryhmään: innovaattorit, varhaiset omaksujat, varhainen enemmistö, myöhäinen enemmistö ja vitkastelijat. Innovaattorit omaksuvat innovaation ensimmäisenä käyttöönsä ja heidän roolinsa on tärkeä diffuusioprosessissa. (Rogers 2003.)

2.4 Informaatioteknologia mielenterveystyössä

Aikaisempaa kirjallisuutta sähköisistä potilasopetusmenetelmistä psykiatrisen hoitotyön tukimenetelminä haettiin viidestä kansainvälisestä tietokannasta. Tiedonhaku suoritettiin ensimmäisen kerran keväällä 2013 hyödyntäen Turun yliopiston kirjaston informaation palvelua. Tutkimuksen keskeiset käsitteet määritettiin tiedonhakua varten käyttäen PICO-lauseketta (liite 1) tiedonhaun laadun takaamiseksi. Tarkastelusta jätettiin pois interventioiden vertailu (C). (Moher ym. 2009.) Tiedonhaku tehtiin uudelleen loppuvuodesta 2013. Hakuja tehtiin termien erilaisilla yhdistelmillä (liite 2). Tiedonhauilla haluttiin saada vastauksia kahteen kysymykseen: 1. millaisia sähköisiä potilasopetusmenetelmiä on olemassa mielenterveyden häiriöistä kärsiville potilaille ja 2. miten tieto mielenterveyden häiriöistä kärsiville potilaille tarkoitetuista sähköisistä potilasopetusmenetelmistä leviää.

Mukaan otettujen tieteellisten julkaisujen tuli käsitellä diagnosoidusta psykiatrisesta häiriöstä kärsiville aikuisille kohdennettua sähköistä potilasopetusmenetelmää. Lisäksi tieteellisten julkaisujen tuli olla englannin- tai suomenkielisiä ja kokotekstin saatavilla elektronisen haun kautta. Tietokantahaun tuottamista tieteellisistä julkaisuista jätettiin pois ne, joissa sähköinen potilasopetusmenetelmä kohdentui muihin kuin psykiatrisen diagnoosiryhmän potilaisiin. Tietokantahaun tuloksena löydettiin (N = 2588) tieteellistä julkaisua. Päällekkäiset julkaisut poistettiin (n = 101). Otsikon ja tiivistelmän perusteella hylättiin ne tieteelliset julkaisut, jotka eivät viitanneet sähköisiin potilasopetusmenetelmiin (n = 2215). Tiivistelmän ja kokotekstin perusteella tarkempaan tarkasteluun valittiin (n = 62) tieteellistä julkaisua, joista kokotekstin perusteella valittiin (n = 24) tieteellistä julkaisua. Tieteellisten julkaisujen valintaprosessi liittyen sähköisiin potilasopetusmenetelmiin psykiatrisen hoitotyön tukimenetelminä on esitetty kuviossa 1. Valitut julkaisut esitetään kuvaustaulukossa (liite 3).



Kuvio 1. Tieteellisten julkaisujen valintaprosessi.

Informaatioteknologia on jo hyvin laajalti käytössä myös mielenterveyden häiriöistä kärsivien potilaiden hoidossa (Farvolden ym. 2009; Baker & Ray 2011; Barak & Grohol 2011). Perinteisten hoitomuotojen rinnalle on ollut tärkeää lisätä ja kehittää joustavia ja kustannustehokkaita menetelmiä, jotka ovat helposti potilaiden ja heidän tukiverkostonsa saatavilla sekä käytettävissä ajasta ja paikasta riippumatta. Informaatioteknologiaa hyödyntävät ohjelmat täydentävät olemassa olevia hoitomalleja, tarjoamalla näyttöön perustuvaa tutkittua tietoa ja tehokkaan vaihtoehdon kasvotusten tapahtuvan hoidon rinnalle. (Farvolden ym. 2009; Álvarez-Jiménez ym. 2012; Im & Chang 2013.)

Informaatioteknologiaa hyödyntävien hoitotyön interventioiden tarjonta on monipuolista. Esimerkkeinä informaatioteknologiaa ja tietokonetta hyödyntävistä ohjelmista ovat

matkapuhelinsovellukset (Burns ym. 2011), psykoedukatiiviset verkkosivustot depressiota (Andersson ym. 2005; Griffiths & Christensen 2007; van Straten ym. 2008; Meyer ym. 2009; Reynolds ym. 2011) ja kaksisuuntaista mielialahiriötä (Proudfoot ym. 2007) sairastaville, internetissä toteutettavat verkkoterapiat depression (Ruwaard ym. 2009; Holmberg & Kähkönen 2011) sekä sosiaalisten tilanteiden pelon ja paniikkihäiriön hoitoon (Holmberg & Kähkönen 2011). Näyttöä on myös internetpohjaisesta vertaistukipalvelusta depressiosta kärsiville (Melling & Houguet-Pincham 2011) ja verkossa tapahtuvasta vertaistukiohjauksesta kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä kärsiville (Simon ym. 2011) sekä potilasopetuksesta sähköistä potilasopetusmenetelmää hyödyntäen skitsofrenian ja psykoosisairauksien (Välimäki ym. 2008; Zaluska ym. 2008; Rotondi ym. 2010; Steinwachs ym. 2011), depression (Meglic ym. 2010) ja mielialaoireiden (de Beurs ym. 2011) hoidossa.

Helppokäyttöiset internetpohjaiset itseapuohjelmat tarjoavat laadukasta näyttöön perustuvaa tietoa psykiatrisista sairauksista sekä käytännön neuvoja ja vertaistukea. Ohjelmien tarkoituksena on vähentää potilaan leimautumista ja auttaa tukiverkostoa ymmärtämään psykiatrista sairautta paremmin. Yleensä itseapuohjelmien potilasopetusmateriaali on jaettu osioihin, joiden kesto vaihtelee 5 minuutista jopa tuntiin. (Andersson ym. 2005; Griffiths & Christensen 2007; Proudfoot ym. 2007; Barnes ym. 2011). Osioissa muun muassa selitetään ja havainnollistetaan käsitteitä sekä opastetaan harjoitteisiin. Osioiden sisältö voi pohjautua erilaisiin terapiaoihin. (Andersson ym. 2005; Meyer ym. 2009.) Osiot voivat myös sisältää terveydenhuollon asiantuntijoiden luentoja, asiantuntijahaastatteluja sekä mahdollisuuden sähköpostiyhteydenottoon ohjaavan tukihenkilön kanssa (Proudfoot ym. 2007). Internetpohjaiset verkkoterapiat käsittävät potilaan suorittamia kotitehtäviä ja säännöllisiä terapeutin kanssa tapahtuvia internet-istuntoja (Ruwaard ym. 2009). Verkkoterapia edellyttää potilaalta ohjelmaan rekisteröitymistä. Verkko-ohjelman osiot sisältävät johonkin tiettyyn ongelmaan liittyvää tietoa ja sen hoitamiseen liittyviä käytännön harjoituksia, kuten ongelmatilanteissa esiintyvien reaktioiden tunnistamista ja muokkaamista. Jokaisen osion jälkeen terapeutti antaa palautteen sekä seuraavan osion salasanan. (Holmberg & Kähkönen 2011.)

Tavallisesti verkkoterapian kokonaiskesto on 10-11 viikkoa (Ruwaard ym. 2009; Holmberg & Kähkönen 2011). Yleensä verkkoterapian alkuvaiheessa osiot käsittelevät psykoedukaatiota, keskimmäiset harjoitustehtäviä ja lopussa repsahdusten ehkäisyä (Barnes ym. 2011; Holmberg & Kähkönen 2011). Ohjausta ja vuorovaikutteisia osioita sisältävät verkkopohjaiset vertaistukiohjelmat sisältävät muun muassa tietoa sairaudesta

ja toipumisesta. Niiden avulla on myös mahdollisuus henkilökohtaisen toipumissuunnitelman luomiseen, jossa potilaan on tarkoitus tunnistaa itsessään sekä hyvinvoinnin merkkejä että varomerkkejä sekä hallita stressiä ja luoda suunnitelmia oireiden lisääntymisen varalle. (Simon ym. 2011.)

Sähköiset potilasopetusohjelmat tarjoavat näyttöön perustuvaa tietoa sairauksista ja niiden hoitomuodoista, vertaistuki- ja tukiverkosto-osioita sekä ohjausta ongelmatilanteisiin (Rotondi ym. 2010; Steinwachs ym. 2011). Psykoosipotilaille suunnatun MieliNet-ohjelman tarkoituksena on tukea potilaan itsehallinnan taitoja mielenterveyspalveluja käyttäessään. MieliNet-ohjelma sisältää prosesseja, jotka muun muassa kehittävät potilaan ongelmaratkaisutaitoja ja parantavat itsenäistä selviytymistä. Standardoitu sähköinen potilasopetus sisältää viisi aihealuetta mutta yksityiskohtainen ohjaussisältö on mahdollista räätälöidä yksilöllisesti. MieliNet-ohjelman tieto pohjautuu uusimpaan näyttöön, sisältäen tietoa psyykkisistä sairauksista ja niiden hoidosta, saatavilla olevista päivittäisestä ja sosiaalisesta tuesta sekä tietoa potilaan oikeuksista. MieliNet-ohjelman tarjoama tieto on potilaslähtöistä, ja esityksessä hyödynnetään muun muassa tekstiä, ääntä ja kuvia. MieliNet-ohjelma tarjoaa chat-mahdollisuuden vertaistukeen ja työkalun ammatilliseen apuun. (Anttila ym. 2008; Välimäki ym. 2008.)

Tieto mielenterveyden häiriöistä kärsiville potilaille tarkoitetuista sähköisistä potilasopetusmenetelmistä leviää useiden eri kanavien kautta. Sähköisten potilasopetusmenetelmien kehittämistyö on yleensä eri vaiheiden kautta etenevä prosessi, jossa mukana on niin mielenterveystyön ammattilaisia kuin mielenterveyden häiriöistä kärsiviä potilaita (Proudfoot ym. 2007; Välimäki ym. 2008; Barnes ym. 2011). Rekrytointi sähköisten potilasopetusmenetelmien kehittämistyöhön tapahtuu kutsumalla osallistujia tiedottamalla tutkimuksesta esimerkiksi kirjeitse (Välimäki ym. 2008; Barnes ym. 2011) tai julisteilla (Barnes ym. 2011) psykiatrisia sairaaloita, mielenterveysyksiköitä ja vapaaehtoisjärjestöjä. Sähköisten potilasopetusmenetelmien vaikutuksia arvioiviin tutkimuksiin osallitujen rekrytointi tapahtuu myös julkaisemalla tutkimusta käsitteleviä artikkeleja kansallisissa tai paikallisissa sanomalehdissä (van Straten ym. 2008; Ruwaard ym. 2009), internet-sivustojen kautta (van Straten ym. 2008; Meyer ym. 2009; Simon ym. 2011) sekä tiedottamalla tukiryhmiä ja mielenterveysyksiköitä (Simon ym. 2011).

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmentelmän (MieliNet) levitystä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden mielenterveystyön ammattilaisten kokemuksia sähköisen potilasopetusmenetelmän käytöstä.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Missä määrin eri organisaatiot ovat kiinnostuneita sähköisen potilasopetusmenetelmän levityksestä Suomessa?
2. Minkälaisia käsityksiä sähköisen potilasopetusmenetelmän vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista koekäyttäjillä on?
3. Minkälaista palautetta sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttäjät antavat?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmenetelmän levitystä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden mielenterveystyön ammattilaisten kokemuksia sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöönotosta ja käytöstä. Pyrkimyksenä ei ollut yleistettävän tiedon luominen, vaan mielenterveystyön ammattilaisten subjektiivisen kokemuksen esille tuominen. Kokemuksia kuvattiin ilman syvällisempää tulkintaa, siksi tutkimusasetelmaksi valittiin kuvaileva laadullinen tutkimus. (Sandelowski 2000; Sullivan-Bolyai ym. 2005; Kylmä ym. 2007; Neergaard ym. 2009; Sandelowski 2010.)

4.2 Tutkimuksen perusjoukko ja tutkimusjoukon muodostaminen

Tutkimus kohdistui sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatrisiin toimintayksiköihin Suomessa. Näillä tarkoitettiin sosiaalihuollon laitoshoidtoa ja asumispalveluja (HILMO 2012) sekä terveydenhuollon toimintayksiköitä, joita olivat esimerkiksi sairaanhoitopiirit, kunnan terveystilat, perusterveydenhuollon kuntayhtymät tai yksityiset terveydenhuollon yritykset (Mäkelä & Lehtonen 2011).

Perusjoukon muodosti psykiatriset toimintayksiköt (N = 125) sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilta. Valtaosan julkisen sektorin toimintayksiköistä muodostivat sairaanhoitopiirit sekä kunnat ja perusterveydenhuollon kuntayhtymät. Toimintayksiköistä valtion omistamia oli lähes viidesosa. Maantieteellisesti julkisen sektorin psykiatriset toimintayksiköt sijaitsivat ympäri Suomen, pohjoisimmat Lapin maakunnassa ja itäisimmät Pohjois-Karjalan ja Kymen maakunnissa. Suurinta osaa yksityissektorin psykiatrisista toimintayksiköistä edustivat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköt sekä toimintayksiköt, jotka järjestivät esimerkiksi päiväkeskus- ja työtoimintaa. Useimmat asumispalveluyksiköt olivat osakeyhtiömuotoisia (54%). Yksityissektoriin sisältyi myös niin sanottu kolmas sektori, josta valtaosa oli järjestöjä, yhdistyksiä ja säätiöitä. Niinikään yksityisen sektorin psykiatriset toimintayksiköt sijaitsivat maantieteellisesti ympäri Suomen, pohjoisimmat Pohjois-Pohjanmaan maakunnassa ja itäisimmät Pohjois-Karjalan maakunnassa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Tutkimuksen perusjoukon kuvaus

Psykiatrinen toimintayksikkö (N = 125)	n	%
Julkinen sektori (n = 41)	41	33
Sairaanhoidopiirit	15	37
Kunnat, kuntayhtymät	18	45
Valtio	8	18
Yksityissektori (n = 84)	84	67
Asumispalveluyksiköt	38	45
Päivä- ja työtoimintakeskukset	11	13
Muu yksityinen toiminta	7	8
Kolmassektori	28	34
Järjestöt, yhdistykset, säätiöt	20	71

Psykiatristen toimintayksiköiden vastuuhenkilöille (toiminnanjohtaja, ylihoitaja, osastonhoitaja, tms) lähetettiin sähköpostitse kutsukirje Turun yliopistolla järjestettävään seminaariin (liite 4). Sähköisestä potilasopetuksesta kiinnostuneet psykiatriset toimintayksiköt osallistuivat Turun yliopistolla järjestettyyn seminaariin, joka toimi aloituksena mielenterveysasiakkaiden potilasopetuksen kansalliselle verkostohankkeelle. Seminaarissa kartoitettiin osallistujien kiinnostusta tutustua MieliNet – potilasopetussivuihin ja osallistua ilmaiseksi sähköistä potilasopetusta koskevalle verkkokurssille.

4.3 Aineistonkeruuväline ja aineistonkeruu

Aineistonkeruu toteutettiin kolmessa vaiheessa (taulukko 5). Ensimmäiseksi selvitettiin kaikkien seminaarikutsun saaneiden psykiatristen toimintayksiköiden yhteystiedot, jossa aineistonkeruuvälineinä hyödynnettiin valtakunnallista sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisteriä (Hilmo) ja Fonectan yrityshakupalvelua. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämän hoitoilmoitusrekisterin tietoja tuottavat sairaalat, terveyskeskukset, kotisairaanhoidopalveluiden tuottajat ja sosiaalihuollon palveluiden tuottajat (HILMO 2012). Keväällä 2013 järjestetyssä seminaarissa selvitettiin mukana

olleiden psykiatristen toimintayksiköiden taustatiedot seminaarissa saatujen yhteystietojen perusteella. Myös seminaariin osallistuneiden mielenterveystyön ammattilaisten halukkuutta tutustua ilmaiseksi MieliNet-sivustoon ja halukkuutta osallistua verkkokurssille selvitettiin tätä tarkoitusta varten laaditulla kyselylomakkeella (liite 5).

Toisessa vaiheessa verkkokurssille osallistuneet koekäyttäjät kuvasivat sähköiseen potilasopetukseen liittyviä vahvuuksia, heikkouksia, mahdollisuuksia ja uhkia omien olettamustensa mukaan SWOT–nelikenttämenetelmällä (Uhrenfeldt ym. 2014). Kolmannessa vaiheessa verkkokurssille osallistuneet koekäyttäjät antoivat palautetta kokemuksistaan sähköisestä potilasopetuksesta. Palaute perustui Gibbsin (1988) reflektiiviseen ajatteluun, joka muodosti niin sanotun reflektiivisen kehän. Kysymykset olivat seuraavat:

1. Kuvaa potilasopetustilanne, jossa olit mukana – Mitä tapahtui?
2. Mitä ajattelit ja millaisia tunteita sinulla oli potilasopetustilanteen aikana sekä sen jälkeen?
3. Mitä potilasopetustilanteessa oli kannaltasi hyvää ja huonoa?
4. Mitä päätelmiä voit tehdä potilasopetustilanteesta?
5. Mitä muuta olisit voinut tehdä potilasopetustilanteessa?
6. Jos tilanne tapahtuisi uudelleen, mitä tekisit? Tee itsellesi suunnitelma seuraavaa kertaa varten. (Gibbs 1988.)

Toisessa ja kolmannessa vaiheessa tutkimusaineisto kerättiin sähköisen moodle-alustan avulla syksyllä 2013. Kysymykset olivat niin sanottuja puoliavoimia teemoja, joihin koekäyttäjät tuottivat vastauksensa kirjallisesti omin sanoin.

Taulukko 5. Aineistonkeruuvaiheet

Vaihe	Sisältö	Menetelmä	Osallistujat (n)
1	Seminaarikutsun saaneiden psykiatristen toimintayksiköiden yhteystiedot	Hoitoilmoitusrekisteri ja Fonectan yrityshaku-palvelu	Psykiatriset toimintayksiköt (N=125) julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon sektorilta
	Seminaariin osallistuneiden psykiatristen toimintayksiköiden taustatiedot	Seminaarissa saadut psykiatristen toimintayksiköiden yhteystiedot	Seminaariin osallistuneet organisaatiot (n=16)
	Seminaariin osallistuneiden mielenterveystyön ammattilaisten halukkuus tutustua MieliNet-sivustoon ja osallistua verkkokurssille	Kyselylomake	Seminaariin osallistuneet mielenterveystyön ammattilaiset (n=41)
2	Sähköiseen potilasopetukseen liittyvät vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat	SWOT-nelikenttämenetelmä	Sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttäjät (n=7)
3	Sähköiseen potilasopetukseen liittyvät kokemukset	Gibbsin Reflektiivisen ajattelun malli	Sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttäjät (n=7)

4.4 Tutkimusaineiston analyysi

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysin pyrkimyksenä oli kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Analyysin tarkoituksena oli luoda selkeä sanallinen kuvaus tutkittavana olevasta ilmiöstä, jotta luotettavien johtopäätösten tekeminen oli mahdollista. Sisällönanalyysi oli tässä tutkimuksessa sekä induktiivista että deduktiivista (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineistoa analysoitiin myös kvantifioimalla, jolloin aineistoa täydentämään tuotettiin numeerista tietoa (Neergaard ym. 2009; Sandelowski 2000).

Ensimmäisessä vaiheessa tutkimusaineistosta laskettiin seminaariin osallistuneiden ja sähköisestä potilasopetuksesta kiinnostuneiden sekä sähköiseen potilasopetukseen osallistuneiden psykiatristen toimintayksiköiden osuus kaikista seminaarikutsun saaneista. Näin muodostui kuva siitä millaiset psykiatriset toimintayksiköt olivat kiinnostuneita ja motivoituneita sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan. Ensimmäisessä vaiheessa kuvattiin kaikkien sähköisestä potilasopetuksesta

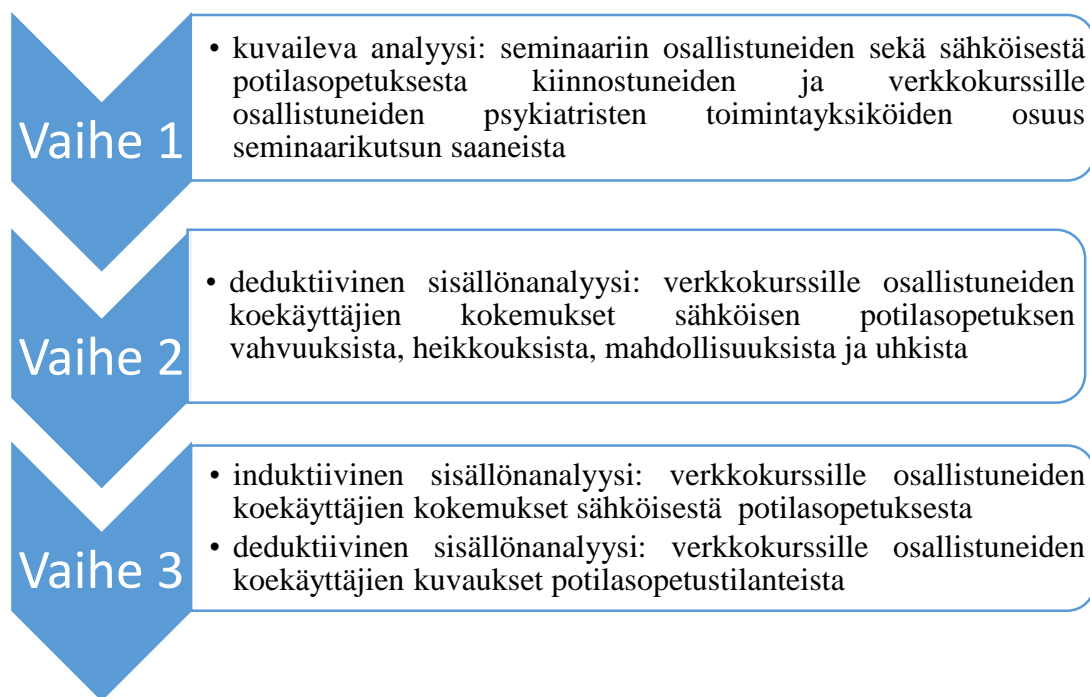
kiinnostuneiden psykiatristen toimintayksiköiden taustatiedot seminaaripäivässä saatujen yhteystietojen perusteella.

Toisessa vaiheessa analysoitiin verkkokurssille osallistuneiden koekäyttäjien tuottamat vastaukset sähköisen potilasopetuksen vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista deduktiivisella sisällönanalyysillä käyttämällä SWOT – nelikentän luokkia analyysirunkona. Analyysin alussa sähköiseltä moodle-alustalta koekäyttäjien kirjoittamat vastaukset tallennettiin word-tekstinkäsittelyohjelmalle. Tekstiä muodostui yhteensä 18 sivua fonttikoolla 12 ja rivivälillä 1. Vastaukset luettiin läpi useita kertoja kokonaiskuvan muodostamiseksi.

Ennen analyysiprosessin aloittamista analyysiyksiköksi määritettiin lausuma tutkimustehtävän tarkoituksen mukaisesti ja ainoastaan ilmisällöt analysoitiin. Lausuma oli sana tai lause, joka muodosti ajatusteeman. Seuraavaksi aineistosta poimittiin pelkistetyt ilmaukset, jotka sijoitettiin analyysirungon mukaisesti. Pelkistämisen tarkoituksena oli tiivistää aineistoa niin, että tehtävän kannalta epäolennainen tieto jäi pois. Tämän jälkeen analyysi eteni induktiivisesti. Analyysi jatkui pelkistettyjen ilmaisujen ryhmittelyllä, jolloin pelkistetyistä ilmaisuista etsittiin erilaisuuksia ja yhtäläisyyksiä. Samaa tarkoittavat pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin samaan alaluokkaan ja annettiin sille sisältöä kuvaava nimi. Tässä vaiheessa palattiin useasti alkuperäisaineistoon tulkinnan varmistamiseksi. Aineiston ryhmittelyä jatkettiin yhdistelemällä samansisältöiset alaluokat toisiinsa muodostaen yläluokat. Myös tässä vaiheessa palattiin alkuperäiseen aineistoon ja tarkastettiin luokkien vastaavutta aineiston kanssa. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Graneheim & Lundman 2004; Elo & Kyngäs 2008.)

Kolmannessa vaiheessa koekäyttäjien antama palaute kokemuksistaan sähköisestä potilasopetuksesta analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Kolmanteen vaiheeseen sisältyi koekäyttäjien kuvaamat potilasopetustilanteet, jotka analysoitiin käyttäen deduktiivista sisällönanalyysiä. Tätä varten laadittiin analyysirunko Hätösen (2010) tutkimustulosten pohjalta. Analyysirungon sisälle muodostuneet luokat olivat potilasopetusympäristö, potilaan yksilöllisyys sekä potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, joihin etsittiin aineistosta niitä kuvaavia sisältöjä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Graneheim & Lundman 2004; Elo & Kyngäs 2008.) Analyysiprosessin eteneminen alkuperäisistä ilmauksista aineiston pelkistämiseen ja alaluokkien sekä yläluokan muodostamiseen kuvataan esimerkinomaisesti taulukossa 6 (liite 6). Myös koekäyttäjien kuvaamien potilasopetustilanteiden analyysiprosessin eteneminen analyysirungon

muodostamisesta alkaen kuvataan esimerkinomaisesti taulukossa 7 (liite 7). Analyysin vaiheet esitetään kuviona (kuvio 2).



Kuvio 2. Analyysin vaiheet

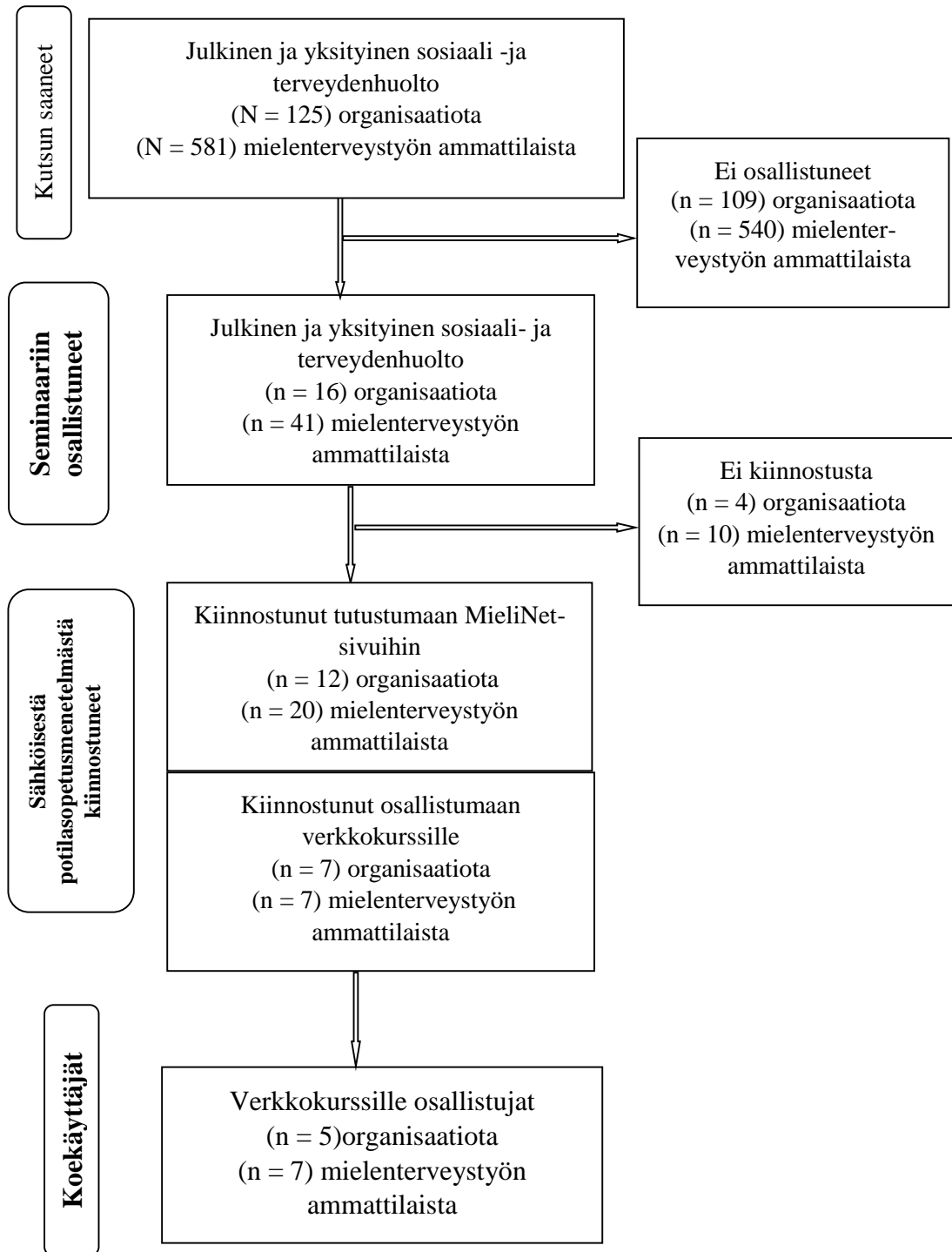
5 TUTKIMUSTULOKSET

5.1 Psykiatristen toimintayksiköiden kiinnostus sähköisen potilasopetusmenetelmän levityksestä

Turun yliopistolle järjestettyyn seminaariin saapui osallistujia sekä julkisen että yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatrisista toimintayksiköistä. Seminaariosallistujat olivat (n = 41) kuudestatoista eri organisaatiosta. Valtaosa osallistujista (n = 33, 80%) oli julkisen terveydenhuollon (n = 13, 81%) toimintayksiköistä. Toimintayksiköt, joita seminaariosallistujat edustivat, sijaitsivat Keski- ja Etelä-Suomen alueella. Keskimääräinen välimatka Turkuun oli noin 150 km, kauimmaiselta paikkakunnalta noin 430 km.

Seminaarissa selvitettiin osallistujien kiinnostusta tutustua MieliNet-potilasopetussivuihin ja osallistua ilmaiseksi sähköistä potilasopetusta koskevalle verkkokurssille. Seminaariin osallistuneista sähköisistä potilasopetussivuista kiinnostuneiden osuus oli 49% (n = 20). He olivat kahdestatoista eri organisaatiosta. Suurin osa kiinnostusta osoittaneista osallistujista (n = 9) työskenteli julkisen sektorin toimintayksiköissä. Ilmaiseista sähköisestä potilasopetusta koskevasta verkkokurssista oli kiinnostunut 6% kutsutuista psykiatrisista toimintayksiköistä, joista kaikki olivat julkiselta sektorilta. Seminaarikutsun saaneiden, seminaariin osallistuneiden sekä sähköisestä potilasopetusmenetelmästä kiinnostuneiden ja verkkokurssille osallistuneiden koekäyttäjien osuus kuvataan flow –kaaviona (kuvio 3), jonka avulla osoitetaan missä määrin sähköinen potilasopetusmenetelmä otettiin koekäyttöön eri psykiatrisissa toimintayksiköissä.

Sähköisestä potilasopetuksesta kiinnostuneet seminaariin osallistujat työskentelivät pääosin psykiatrisissa toimintayksiköissä julkisen terveydenhuollon sektorilla. He työskentelivät erikoissairaanhoidon avohoidossa mielenterveyspoliklinikoilla, mielenterveyskeskuksissa ja päiväosastoilla sekä erikoissairaanhoidon psykiatrisissa sairaaloissa. Yhteistä avohoidossa toimiville toimintayksiköille oli vastata alueensa aikuisväestön psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Puolestaan psykiatristen sairaaloiden yksiköille yhteistä oli potilaan yhteisohdollinen kuntoutus ja tukeminen sairaalan ulkopuoliseen elämään.



Kuvio 3. Sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäyttöön ottaminen

Verkkokurssille osallistuneet psykiatriset toimintayksiköt

Verkkokurssille osallistuneet koekäyttäjät (n = 8) olivat kuudesta eri psykiatrisesta toimintayksiköstä sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta. Verkkokurssilla mukana olleiden psykiatristen toimintayksiköiden osuus oli 4% kaikista kutsun saaneista. Yksi verkkokurssille osallistuneista ei antanut palautetta sähköisen potilasopetusmenetelmän koekäytöstä, joten koekäyttäjät (n = 7) olivat viidestä eri psykiatrisesta toimintayksiköstä (taulukko 8).

Verkkokurssille osallistuneista koekäyttäjistä valtaosa työskenteli erikoissairaanhoidossa toimivissa aikuispsykiatrian avohoidon yksiköissä. Sairaanhoidopiirien toimialueiden väestöpohja, johon toimintayksiköt kuuluivat, oli vajaasta 200 000 asukkaasta ylöspäin. Toimintayksiköiden väestöpohjien suuruus vaihteli noin 9 000-100 000 asukkaan välillä. Kaikille avohoidon psykiatrisille toimintayksiköille yhteistä oli vastaaminen oman alueen aikuisväestön psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhteistyössä alueen kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Psykiatriset toimintayksiköt vastasivat avohoitona tapahtuvasta vastaanottotoiminnasta tutkimuksen, hoidon ja kuntoutuksen keinoin. Potilaan kuntoutus koostui muun muassa omahoitajuudesta, hoidollisista ryhmistä, toimintakyvyn arviosta ja kuntouttavista kotikäynneistä.

Verkkokurssille osallistuneen psykiatrisen sairaalan yksikön kuntoutuksen perustana oli yhteisohdollinen näkemys ja luottamus yksilön vastuunotto-kykyyn itsestä, yhteisöstä ja yhteiskunnasta. Keskeinen tavoite hoidossa oli potilaan voimavarojen ja arjesta selviytymisen tukeminen sekä sosiaalisen verkoston kehittäminen yhdessä potilaan kanssa. Toimintayksikössä oli käytössä psykiatrisen hoitotahto-käytäntö.

Taulukko 8. Verkkokurssille osallistuneet psykiatriset toimintayksiköt

TOIMINTA YKSIKKÖ	TOIMINTAYKSIKKÖTEIDOT	PAIKKAKUNTATIEDOT
Psykiatrian poliklinikan päiväosasto	Päiväosasto 18-30 vuotiaille. Suuntautunut varhaiskuntoutukseen. Moniammatillinen työryhmä- ja verkostotyöskentely, erikoislääkäriin (psykiatri), psykologin, psykiatrian sairaanhoitajan sekä sosiaalityöntekijän vastaanotot.	Toimialueen väestöpohja 45000 asukasta. Sairaanhoidopiirin toimialueen väestöpohja n. 175 000 asukasta, johon kuuluu 11 jäsenkuntaa.
Terveysasema	Aikuispsykiatrian avohoitopalveluita tuottavat terveyskeskusten psykiatrian avohoitoyksiköt (mielenterveystoimistot tai vastaavat hoitoyksiköt) ja sairaanhoidopiirin aikuispsykiatrian avohoidon vastuuyksikkö yhteistyössä.	Terveysaseman väestöpohja n. 9000 asukasta. Sairaanhoidopiirin toimialueen väestöpohja n. 275 000 asukasta, johon kuuluu 13 jäsenkuntaa.
Mielenterveyskeskus	Mielenterveyskeskus vastaa oman alueensa aikuisväestön psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhteistyössä alueensa kuntien perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Toiminta on avohoitopainotteista ja hoitoon ottaminen joustavaa.	Toimialueen väestöpohja n. 105 000 asukasta. Sairaanhoidopiirin toimialueen väestöpohja n. 225 000 asukasta, johon kuuluu 20 jäsenkuntaa
Kuntoutuspoliklinikka	Avokuntoutuspoliklinikalla hoidetaan mielenterveydenhäiriöitä sairastavia potilaita, jossa työskentelee psykiatrisen koulutuksen saaneita sairaanhoitajia ja mielenterveyshoitajia. Tiimejä vahvistavat tarvittaessa toiminnallisen terapiayksikön erityistyöntekijät, kuten fysioterapeutti, toimintaterapeutti ja toiminnallisen kuntoutuksen ohjaajat.	Toimialueen väestöpohja n. 92 000 asukasta. Sairaanhoidopiirin toimialueen väestöpohja on n. 1,5 miljoonaa asukasta, johon kuuluu 24 jäsenkuntaa.
Sairaalaosasto	Kuntoutusosasto. Kuntoutuksen perustana on yhteisohdollinen näkemys ja luottamus yksilön kykyyn ottaa vastuuta itsestä ja yhteisöstä. Keskeinen tavoite hoidossa on potilaan voimavarojen ja arjesta selviytymisen tukeminen. Käytössä psykiatrinen hoitotahto-käytäntö.	Sairaansijoja psykiatrisessa sairaalassa on 152 ja virkoja 210.

5.2 Vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat sähköisen potilasopetusmenetelmän käytössä

Vahvuudet

Vahvuutena sähköisen potilasopetusmenetelmän käytössä koettiin potilasopetuksen tehostuminen, omahoitajasuhteen kehittyminen ja potilaan lisääntynyt hoitoon sitoutuminen (taulukko 9). Tietotekniikan käytön arvioitiin olevan yleistä sekä kiinnostuksen ja asennoitumisen tietotekniikkaa kohtaan myönteistä. Henkilökunnan ja potilaiden tietotekniikkataidot arvioitiin hyväksi. Sähköisen potilasopetusmenetelmän koettiin tarjoavan luotettavaa tutkittua tietoa ja menetelmän käytön koettiin olevan helppoa ja joustavaa.

"Tulee käytyä asioita läpi muutenkin kuin suullisesti; kirjoittaminen avaa erilaisia väyliä mieleen ja sen avulla asioihin voi saada lisää ymmärrystä ja oivalluksia." (vastaaja 4)

Hoitosuhdetyöskentelyn koettiin jäsentyneen ja keskustelun syntymisen edistyneen sähköisen potilasopetusmenetelmän myötä. Potilaan ohjaaminen tietotekniikan ja internetin monenlaisiin käyttömahdollisuuksiin mahdollistui sähköisen potilasopetusmenetelmän avulla. Sähköisen potilasopetusmenetelmän koettiin lisäävän hoitajan tietoperustaa, jolloin potilasopetus perustui tutkittuun tietoon. Hoitajan ja potilaan yhdessä työskentelyn arvioitiin kehittyneen sähköisen potilasopetusmenetelmän myötä, mistä esimerkkinä mainittiin potilaan asioiden pohtiminen yhdessä. Sähköisen potilasopetusmenetelmän koettiin mahdollistaneen potilaan yksilöllisen kohtaamisen.

"Struktuurin tuleminen MieliNetin mukana hoitosuhdetyöskentelyyn, joskus on vaikea päästä alkuun hoitosuhdetyöskentelyssä, jos potilas on esim. erittäin sulkeutunut tai ei vain muuten vaan haluaisi keskustella." (vastaaja 5)

Potilaiden tiedonsaannin omasta sairaudesta ja sen hoidosta koettiin helpottuvan sähköisen potilasopetusmenetelmän kautta. Sähköisen potilasopetusmenetelmän ajateltiin edistävän potilaan mahdollisuuksia tietotekniikan hyödyntämiseen omien asioiden hoidossa yleisesti. Etenkin nuorten potilaiden hoitoon sitoutumisen uskottiin lisääntyvän tietotekniikan myötä. Onnistumisen kokemusten koettiin vahvistaneen potilaan itsetuntoa.

"Ohjelma saattaa herättää lisää kiinnostusta asioidensa hoitamiseen ja aktivoi potilasta myönteisellä tavalla." (vastaaja 3)

Taulukko 9. Sähköisen potilasopetusmenetelmän vahvuudet

VAHVUUDET		
YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA	LAUSUMIEN MÄÄRÄ (f)
Potilasopetuksen tehostuminen f = 17	Tietotekniikan yleisyys	
	Hyvät tietotekniset taidot	
	MieliNet-ohjelman monipuolinen tieto	17
	MieliNet-ohjelman yksinkertainen ja joustava käyttö	
Omahoitajasuhteen kehittyminen f = 17	Struktuurin tuleminen hoitosuhdetyöskentelyyn	
	Asialliseen internetin käyttöön tukeminen	
	Hoitajan tietoperustan vahvistuminen	
	Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhteen vahvistuminen	17
	Vuorovaikutuksen tehostuminen	
Potilaan yksilöllinen kohtaaminen		
Potilaan sitoutuminen omaan hoitoon lisäänty f = 8	Potilaan tiedonsaannin helpottuminen koskien omaa sairautta	
	Potilaan mahdollisuuksien lisääntyminen tietotekniikan hyödyntämiseen	8
	Potilaan itsetunnon vahvistuminen	

Heikkoudet

Heikkouksina sähköisen potilasopetusmenetelmän käytössä koettiin ongelmat ohjelman käytössä ja ennakkoluulot ohjelman käytöstä sekä potilaan voinnin heikentyminen (taulukko 10). Erilaisten teknisten ongelmien koettiin vaikeuttavan sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöä. Ajankäytön ongelmat nähtiin heikkoutena uuden asian omaksumisessa. Hoitajien ja potilaiden heikkojen tietoteknisten taitojen koettiin vaikeuttavan sähköisen potilasopetusmenetelmän käytettävyyttä potilasopetuksessa.

"Meneekö aikaa ”haaskuun” kun omat taidot rajalliset ja jos laitteet eivät toimi toivotulla tavalla?" (vastaaja 8)

Hoitajien ja potilaiden ennakoasenteiden ja pelkojen niin tietotekniikkaa kuin sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan koettiin heikentävän sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöönottoa. Sähköisen potilasopetusmenetelmän pelättiin heikentävän hoidon laatua teknisyydellään. Hoitajien pelättiin jäävän ilman tukea sähköistä potilasopetusmenetelmää käyttäessään. Potilaan psyykkisen voinnin heikentymisen koettiin rajoittavan sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöä.

"Sanaton viestinta jää puuttumaan jos keskustelu/ opetus tapahtuu ainoastaan tietokoneen välityksellä." (vastaaja 8)

Taulukko 10. Sähköisen potilasopetusmenetelmän heikkoudet

HEIKKOUEDET		
YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA	LAUSUMIEN MÄÄRÄ (f)
Ongelmat ohjelman käytössä f = 14	Tekniset ongelmat	
	Ajankäytön ongelmat	14
	Potilaiden/hoitajien heikko tietotekninen osaaminen	
Ennakkoluulot ohjelman käytöstä f = 15	Potilaiden/hoitajien ennakkokäsitykset	
	Hoitajien pelko käytännön toteutuksesta	
	Hoitajien pelko hoidon laadun heikkenemisestä	15
Potilaan voinnin heikentyminen f = 4	Hoitajien pelko tuen puutteesta	
	Potilaan paranoidisuus	
	Potilaan keskittymisvaikeudet	4
	Potilaan somaattinen sairaus	

Mahdollisuudet

Mahdollisuuksina sähköisen potilasopetusmenetelmän käytössä koettiin potilaspetuksen tehostuminen ja uudet käyttömahdollisuudet (taulukko 11). Sähköisen potilasopetusmenetelmän koettiin parantavan hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta ja jäsentävän potilasohjausta. Sähköisen potilasopetusmenetelmän uskottiin edistävän potilaiden tiedonsaantia omasta sairaudestaan. Koekäyttäjät toivat esille ajatuksen, että potilaiden olisi mahdollista käyttää sähköistä potilasopetusmenetelmää myös sairaalahoidon jälkeen.

"Potilaiden lisääntyvä kiinnostus tietotekniikan antamia mahdollisuuksia kohtaan lisääntyy, ja he oppivat etsimään oikeanlaista ja uudenlaista tietoa." (vastaaja 5)

Koekäyttäjät toivat esille sähköisen potilasopetusmenetelmän uusia käyttömahdollisuuksia, ehdottamalla sen hyödyntämistä esimerkiksi ryhmätyöskentelyssä tai kotikäyntien yhteydessä. Sähköisen potilasopetusmenetelmän uskottiin tuovan psykiariseen hoitotyöhön valovoimaisuutta ja nykyaikaisuutta.

"Voiko potilasopetusta toteuttaa siten, että potilas työskentelee kotonaan ja yhteydessä ollaan esim. sähköpostin välityksellä." (vastaaja 8)

Taulukko 11. Sähköisen potilasopetusmenetelmän mahdollisuudet

MAHDOLLISUUDET		
YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA	LAUSUMIEN MÄÄRÄ (f)
Potilasopetuksen tehostuminen f = 17	Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen tehostuminen	
	Struktuurin tuleminen hoitosuhdetyöskentelyyn	
	Potilaan tiedonsaannin helpottumien koskien omaa sairautta	17
	Potilaan mahdollisuuksien lisääntyminen tietotekniikan hyödyntämiseen	
	Potilaan itsetunnon vahvistuminen	
Uudet käyttömahdollisuudet f = 5	Ohjelman hyödyntäminen ryhmätyöskentelyssä	
	Ohjelman hyödyntäminen kotikäynnillä	5

Uhat

Sähköisen potilasopetusmenetelmän uhkina koettiin ohjelman riittämätön arvostus, ongelmat ohjelman käytössä ja ennakkoluulot (taulukko 12). Koekäyttäjät arvioivat, ettei sähköistä potilasopetusmenetelmää arvosteta riittävästi potilasopetuksessa esimerkiksi internetiin verrattuna. Koekäyttäjien kokemusten mukaan sähköinen potilasopetusmenetelmä edellyttää hoitajilta uudenlaista perehtymistä hoitosuhdetyöskentelyyn. Uhkaksi koettiin myös työnantajalta vaadittavan resursoinnin riittävyyden turvaaminen, kuten rauhallisen tilan ja sovelluksen käyttöoikeuden sekä riittävän perehdytyksen turvaaminen.

*"Onko Mieli.net sivustolla todellista lisäarvoa siihen nähden miten jo nyt käytetään internettiä tiedonhakuun ja sitä kautta potilaan ohjaukseen."
(vastaaja 1)*

Uhkana koettiin sähköisen potilasopetusmenetelmän tekniset ja ajankäytön ongelmat. Koekäyttäjien mukaan tilanteet hoitotyön arjessa voivat muuttua, jolloin esimerkiksi potilasopetustilanne ei toteudu suunnitelmien mukaan. Koekäyttäjien mielestä sähköisen potilasopetusmenetelmän tarpeenmukaista käyttöä ei välttämättä arvioida, jolloin sitä saatetaan käyttää sellaistenkin potilaiden kohdalla, jotka eivät siitä hyödy.

"Nykyteknologian haavoittuvuus mitä jos kone 'kaatuu' ".(vastaaja 8)

"Yritetäänkö järjestelmää käyttää sellaisen potilaan kanssa, jolla ei ole valmiuksia siihen?" (vastaaja 2)

Ennakkoluulot potilaan sosiaalisten suhteiden kaventumisesta ja hoidon laadun heikentymisestä koettiin uhkana. Potilaan arvioitiin jättäytyvän pois muunlaisesta

kuntouttavasta toiminnasta. Psykiatrisen hoidon laadun pelättiin kärsivän, ja sähköisellä potilasopetusmenetelmällä pyrittävän säästöihin.

"Jää yksin kotiin sen sijaan, että toimisi esim. kuntouttamista tukevissa ryhmissä." (vastaaja 4)

Taulukko 12. Sähköisen potilasopetusmenetelmän uhat

UHAT		
YLÄKATEGORIA	ALAKATEGORIA	LAUSUMIEN MÄÄRÄ (f)
Riittämätön arvostus f = 9	Hoitajien motivaation puute	9
	Ohjelma ei tuo lisäarvoa potilasopetukseen	
	Potilaiden kiinnostuksen puute	
	Riittämätön resursointi	
Ongelmat ohjelman käytössä f = 8	Tekniset ongelmat	8
	Ajankäytön ongelmat	
	Hoitotyön nopeasti muuttuvat tilanteet	
	Potilaan sairaudentila	
Ennakkoluulot f = 10	Hoitajien ennakkoasenteet	10
	Pelko potilaan sosiaalisten suhteiden kaventumisesta	
	Pelko hoidon laadun heikkenemisestä	

Tiedonantajien kokemukset sähköisen potilasopetusmenetelmän käytön vahvuuksista, heikkouksista, mahdollisuuksista ja uhkista esitetään kuviona (kuvio 4).

<p>Vahvuudet</p> <p>Potilasopetuksen tehostuminen Omahoitajasuhteen kehittyminen Potilaan lisääntynyt hoitoon sitoutuminen</p>	<p>Heikkoudet</p> <p>Ongelmat ohjelman käytössä Ennakkoluulot ohjelman käytöstä Potilaan voimien heikentyminen</p>
<p>Mahdollisuudet</p> <p>Potilasopetuksen tehostuminen Ohjelman uudet käyttömahdollisuudet</p>	<p>Uhat</p> <p>Ohjelman riittämätön arvostus Ongelmat ohjelman käytössä Ennakkoluulot ohjelman käytöstä</p>

Kuvio 4. Sähköisen potilasopetusmenetelmän käytön vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat

5.3 Palaute sähköisestä potilasopetuksesta

Sähköistä potilasopetusta koskevat palautekysymykset perustuivat Gibbsin reflektiiviseen ajatteluun, jotka muodostivat niin sanotun reflektiivisen kehän. Gibbsin reflektiivisen ajattelun malli mahdollisti kokemuksen kuvaamisen, analysoinnin ja arvioinnin, jonka avulla osallistujan oman toiminnan kehittäminen tapahtui. (Gibbs 1988.) Koekäyttäjien kuvaamat potilasopetustilanteet olivat yhtä lukuunottamatta potilaan kanssa etukäteen suunniteltuja. Kaikissa potilasopetustilanteissa kiinnitettiin huomiota potilasopetusympäristöön, jolloin opetustila oli rauhallinen ja opetuksessa käydyt välineet toimivat. Koekäyttäjät kuvasivat potilaan yksilöllisyyden tulleen huomioiduksi hyvin, jolloin potilaan yksilölliset tiedon tarpeet sekä internetin ja tietokoneen käyttötaidot otettiin huomioon. Potilaat olivat kiinnostuneita uudesta työskentelytavasta tiedon saamiseen. Potilasopetustilanteiden sisältö vaihteli potilaan kiinnostuksen ja tiedontarpeiden mukaan. Potilasopetustilanteissa potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus kuvautui keskustelevana. Koekäyttäjien mukaan potilasopetustilanteissa hoitaja kertoen ja ohjeistaen loi yleiskuvaa ohjelmasta ja opasti

potilasta ohjelman käyttöön. Koekäyttäjät kuvasivat sähköisen potilasopetusohjelman synnyttäneen paljon keskustelua.

Huolta koekäyttäjät kuvasivat kokeneensa potilasopetustilanteen sujumisesta sekä ennen potilasopetustilannetta että potilasopetustilanteen aikana. Huoli liittyi potilaan asennoitumiseen sähköistä potilasopetusta kohtaan sekä myös omaan asennoitumiseen ja osaamiseen. Koekäyttäjät kuvasivat ennen potilasopetustilannetta huolta aiheuttaneen myös oma riittämätön valmistautuminen. Koekäyttäjät toivat esille tyytyväisyyden tunnetta onnistuneeseen suoritukseen potilasopetuksen jälkeen.

"Mitä jos en osaa vastata potilaan kysymyksiin ja mitä jos potilaalla onkin kovin huonoja kokemuksia kohtelusta." (vastaaja 8)

Hyväksi potilasopetustilanteessa koekäyttäjät kokivat häiriöttömän opetustilanteen, sähköisen potilasopetusohjelman synnyttämän keskustelun ja potilaan asenteen. Rauhallisen ja häiriöttömän potilasopetustilanteen koettiin edistäneen potilaan keskittymistä, jota tuki tietotekniikan toimivuus. Koekäyttäjät kuvasivat sähköisen potilasopetusohjelman myötä syntyneen keskustelua potilaalle tärkeistä asioista. Koekäyttäjien mukaan potilaan asenne sähköistä potilasopetusohjelmaa kohtaan kuvautui positiivisena ja innostuneena.

"Laitteet toimivat, tila oli tarkoitukseen sopiva ja potilaat olivat kiinnostuneita asiasta." (vastaaja 2)

Huonoksi potilasopetustilanteessa koekäyttäjät kokivat oman riittämättömän valmistautumisen tilanteeseen ja sopivan tilan löytymisen. Riittämättömäksi arvioitiin käsiteltävään osioon etukäteen tutustuminen. Koekäyttäjien kokemusten perusteella joissakin tilanteissa potilasopetustilanteelle varattu aika osoittautui liian lyhyeksi. Tietoteknisten laitteiden puuttumisen koettiin rajoittaneen joidenkin osioiden läpikäymistä. Koekäyttäjien mukaan toimivan internet-verkon saatavuus hankaloitti potilasopetustilanteeseen sopivan tilan löytymistä.

"Huonoa oli se, että en ollut (rehellisesti sanottuna) ehtinyt tutustua kunnolla ohjelman masennus-osioon ja vaikutin hetkittäin häiritsevän epävarmalta." (vastaaja 7)

Koekäyttäjien potilasopetustilanteesta tekemien päätelmien mukaan vuorovaikutus ja kommunikointi parantuivat potilaan kanssa potilasopetusohjelman myötä. Keskustelussa

nousi esiin potilaan tärkeiksi kokemia asioita. Sähköisen potilasopetusohjelman koettiin olevan uusi tapa potilasopetuksen toteuttamiseen. Koekäyttäjien mukaan sähköinen potilasopetusohjelma tuki käsiteltävän asian äärellä pysymistä. Koekäyttäjät pitivät tärkeänä tiedon tutkimukseen pohjautuvuutta.

"Hoitosuhdetyöskentelystä tulee strukturoitua ja materiaalista nousee esille sellaisiakin asioita, mistä ei ehkä tulisi keskusteltua ilman ko. materiaalia."
(vastaaja 5)

Potilasopetustilanteen jälkeen koekäyttäjät arvioivat, että olisivat voineet etukäteen valmistautua potilasopetustilanteeseen paremmin. Esimerkkinä mainittiin potilasopetustilanteen puitteiden valmistelu, kuten tietokoneen avaaminen ja tuolien järjestely sekä ajankäytön arvioiminen. Koekäyttäjät kokivat oman epävarmuuden ja valmistautumattomuuden aiheuttaneen unohtelua.

"Jälkikäteen hiukan harmittaa etten suunnitellut ensimmäisen tapaamisen kulkua riittävästi." (vastaaja 3)

"Olisin voinut herättää enemmän keskustelua esille tulleista asioista."
(vastaaja 6)

Koekäyttäjät kuvasivat suunnitelman kuinka toimisivat mikäli potilasopetustilanne toteutuisi uudelleen. Koekäyttäjät toivat esille parempaa suunnittelua ja valmistautumista ennen potilasopetustilannetta, joista mainintoina olivat etukäteen tutustuminen käsiteltävään osioon ja linkkeihin, tukikysymysten miettiminen, puitteiden valmiiksi laittaminen ja riittävän ajan varaaminen. Lisäksi mainittiin potilaan erityistarpeiden huomioon ottaminen.

"Tietysti tilanteeseen voisi valmistautua paneutumalla etukäteen mahdollisiin potilaan erityistarpeisiin ja etsiä valmiiksi niistä tietoa."
(vastaaja 2)

Koekäyttäjät toivat esille myös, että sähköinen potilasopetus tulisi sisällyttää osaksi potilaan hoitotyön suunnitelmaa, josta ilmenisi yhdessä potilaan kanssa sovitut sähköiset potilasopetuskerrat. Koekäyttäjien mukaan sähköiset potilasopetukset olisi hyvä aikatauluttaa merkitsemällä ne myös osaston kalenteriin.

"Lisäksi olisi hyvä aikatauluttaa istunnot etukäteen kalentereihin, jotta opetus olisi jämmä osa hoitosuunnitelmaa." (vastaaja 3)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kuvailevan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen yleisillä luotettavuuskriteereillä tai laadullisen tutkimuksen eri menetelmiin liittyvillä luotettavuuskriteereillä (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta on tarkasteltu Graneheim & Lundmanin (2004) laadulliselle tutkimukselle esittämien luotettavuuden kriteerien avulla, joita ovat uskottavuus (credibility), vahvistettavuus (dependability) ja siirrettävyys (transferability).

Uskottavuus kuvaa aineiston pohjalta tehdyn analyysin kuvauksen vastaavuutta tutkittavana olevaan ilmiöön. Tutkimuksen uskottavuutta lisää se, että aineisto kerättiin tiedonantajilta, joilla oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Tutkimustulosten raportoinnissa on käytetty alkuperäisiä tekstilainauksia, jotka lisäävät tulkinnan uskottavuutta. Tekstilainauksen avulla osoitetaan yhteys aineiston, tulkinnan ja raportoinnin välillä. (Kyngäs & Vanhanen 1999.) Tutkimuksen informaatioarvon lisääminen esimerkiksi tarkentavien lisäkysymysten avulla ei tässä tutkimuksessa ollut mahdollista. Toisaalta tiedonantajien vastauksia ei johdateltu. Suurin osa tiedonantajista kuvaili kokemuksiaan tutkittavasta ilmiöstä monipuolisesti ja muutama tiedonantaja puolestaan niukemmin. (Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2007.)

Tutkimuksen uskottavuutta lisää tutkijan ilmiön ja aineiston parissa käyttämä riittävän pitkä aika (Graneheim & Lundman 2004, Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimuksen tekemisen tutkija aloitti keväällä 2013 perehtymällä ilmiötä koskevaan kirjallisuuteen. Tutkimuksen analysointia ja tulkintaa tutkija työsti useiden kuukausien ajan. Tutkija luki aineistoa läpi useita kertoja hahmottaakseen kokonaiskuvan sisällöstä ennen analyysiä ja luokkien muodostamista. Analyysin aikana tutkija palasi useasti alkuperäiseen tekstiin.

Laadullisen tutkimuksen vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten perustumista aineistoon eikä pelkästään tutkijan omiin käsityksiin (Holloway & Wheeler 2010). Tutkimusprosessi on kuvattu selkeästi niin, että toisen tutkijan on mahdollista seurata sen kulkua ja toistaa se (Kyngäs & Vanhanen 1999; Graneheim & Lundman 2004; Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimus koostuu tiedonantajien yksilöllisistä kokemuksista, joista toinen tutkija ei välttämättä päädy samanlaiseen tulkintaan. Tutkimuksessa näkyy tutkijan subjektiivinen tulkinta ilmiöstä. Tutkija on käyttänyt kaikkia tiedonantajia alkuperäisissä

tekstilainauksissa. Tutkimuksessa ei käytetty saturaatiota tiedonantajien riittävän määrän arvioimiseksi sillä tiedonantajien lopullinen määrä oli ennalta sovittu.

Laadullisen tutkimuksen yhteydessä tutkimustulosten siirrettävyydellä tarkoitetaan tutkimustulosten sovellettavuutta toiseen kontekstiin tai laajempaan perusjoukkoon (Graneheim & Lundman 2004; Holloway & Wheeler 2010;). Tutkija on kuvannut tiedonantajia ja heidän edustamiaan psykiatrisia toimintayksiköitä riittävästi, jotta tutkimustulosten hyödyntäjien on mahdollista arvioida tutkimuksen sovellusarvoa eri konteksteissa (Kylmä & Juvakka 2007).

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tieteellisen tutkimuksen teon etiikkaa ohjaavat useat säädökset, ohjeet ja julistukset, joiden tarkoituksena on turvata tutkittavien oikeuksien toteutuminen ja koko tutkimusprosessin eettisyys (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012; ETENE 2011; Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus 2009; Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet 2003). Lähtökohtana tämän tutkimuksen eettisyyden tarkastelulle on Tutkimuseettisen neuvottelukunnan Hyvä tieteellinen käytäntö –ohjeistus, jota tutkija on sitoutunut noudattamaan koko tutkimusprosessin ajan.

Ennen tutkimuksen aloittamista laadittiin tutkimussuunnitelma aiempaan kirjallisuuteen perustuen. Tutkimus kohdistui hoitohenkilökuntaan eikä tutkimuksessa käsitelty yksittäisten tutkimushenkilöiden arkaluontoisia asioita, jolloin eettisen toimikunnan lupaa ei tarvittu. Ihmistutkimuksen keskeinen periaate, tietoinen suostumus, otettiin huomioon. Tietoisesta suostumuksesta edellytyksiksi on määritelty kyky antaa suostumus, tiedon välittäminen ja ymmärtäminen, vapaaehtoisuus sekä suostumuksen antaminen tai kieltäytyminen (Beauchamp & Childress 2009).

Osallistujien rekrytoiminen tutkimukseen tapahtui tiedottamalla sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden yhdyshenkilöitä. Heille lähetettiin sähköpostitse kutsukirje Turun yliopistolla järjestettävään seminaariin. Kutsukirjeessä kerrottiin lyhyesti tutkimuksesta ja siitä, miten saada tutkimusta koskevaa lisätietoa. Ensimmäiseksi tutkimukseen osallistujat saivat tietoa tutkimuksesta toimintayksiköidensä yhdyshenkilöiltä. Tutkimukseen osallistujilla oli mahdollisuus keskustella tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta omissa yksiköissään yksiköiden vastuuhenkilöiden kanssa. Lisäksi osallistujilla oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä

seminaarin yhteydessä. Tutkimukseen osallistuminen perustui vapaaehtoisuuteen. Osallistuminen seminaariin toimi tietoisesta suostumuksesta. (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012; Kuula 2006.)

Tutkimukseen osallistujien anonymiteetin säilyminen turvattiin koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimustuloksissa ja alkuperäisissä aineistolainauksissa ei esitetty henkilö- tai toimintayksikköä koskevia tietoja niin, että yksittäiset tutkimukseen osallistujat olisi voitu tunnistaa. Tutkimusraportissa tiedonantajia kuvattiin kunnioittavasti niin, ettei heille koitunut henkilökohtaista haittaa. (Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012; Kuula 2006.)

Tutkimusaineisto oli Turun yliopiston ja tutkija sai sen käyttöönsä tutkimuksen toteutuksen ajaksi. Saatuaan tutkimusaineiston tutkija allekirjoitti salassapitosopimuksen. Tutkija säilytti saamaansa aineistoa itsellään eikä luovuttanut sitä ulkopuolisille missään tarkoituksessa. Tiedonantajien ja psykiatristen toimintayksiköiden yhteystiedot, kyselylomakkeet ja tutkimusaineiston tutkija säilytti lukkojen takana ja tietokoneelle tallennetun tiedon salasanan takana. Tutkija hävitti saamansa aineiston tutkimuksen valmistuttua asianmukaisella tavalla.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tutkimus tuotti kuvailevaa tietoa psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmenetelmän levityksestä sekä sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioiden kiinnostuneisuudesta sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan. Lisäksi tutkimus tuotti kuvailevaa tietoa mielenterveyden ammattilaisten kokemuksista sähköisen potilasopetusmenetelmän käytöstä heidän osallistuessaan koekäyttäjänä verkkokurssille. Kuvaileva laadullinen tutkimusmenetelmä soveltui hyvin tutkittavan ilmiön tarkasteluun kun verkkokurssille osallistuneiden koekäyttäjien kokemuksia kuvattiin ilman syvällistä tulkintaa. Vaikka koekäyttäjien kokemukset olivat subjektiivisia, oli niistä löydettävissä samankaltaisia merkityksiä. Verkkokurssille osallistuneita koekäyttäjiä oli kuitenkin vain seitsemän eikä heidän kokemuksistaan voida tehdä yleistettäviä johtopäätöksiä sähköisen potilasopetusmenetelmän käytöstä. Rogersin (2003) Diffusion Theoryn mukaan sähköinen potilasopetusmenetelmä MieliNet voitiin nähdä innovaationa. Innovaation levitys oli useiden eri tahojen välistä vuorovaikutusta, jossa tietoa sähköisestä potilasopetusmenetelmästä vietiin käytäntöön. Verkkokurssille osallistuneet koekäyttäjät testasivat käytännössä sähköistä potilasopetusmenetelmää ja

kokivat sen hyödyllisenä, sekä antavan suurempaa hyötyä verrattuna pelkästään keskustellen toteutettavaan potilasopetukseen. Koekäyttäjien kokemusten mukaan sähköistä potilasopetusmenetelmää oli helppo oppia käyttämään eikä sen käyttöä koettu monimutkaisena.

Tutkimuksessa tiedon levitys sähköisestä potilasopetusmenetelmästä tapahtui kutsukirjeitse sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatriisiin toimintayksiköihin julkisella ja yksityisellä sektorilla. Tiedot psykiatrisista toimintayksiköistä saatiin valtakunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon hoitoilmoitusrekisterin (Hilmo) ja Fonectan yrityshakupalvelun kautta. Kutsukirjeen saaneet psykiatriset toimintayksiköt sijaitsivat maantieteellisesti ympäri Suomen. Kutsukirje sisälsi tietoa seminaarista, missä oli mahdollisuus osallistua potilasopetuksen asiantuntijaluennoille ja kuulla asiakkaiden kokemuksia tutkitun tiedon merkityksestä hyvinvoinnilleen. Aiempien tutkimustulosten mukaisesti tiedonlevityskanavassa viitattiin internet-sivustoon, josta ilmeni lisätietoa muun muassa potilasopetusmenetelmästä ja psyykkisistä sairauksista (van Straten ym. 2008; Ruwaard ym. 2009; Simon ym. 2011). Aiemmissä tutkimuksissa tiedon levitys sähköisistä potilasopetusmenetelmistä tapahtui yleisimmim internet-sivujen (van Straten ym. 2008; Meyer ym. 2009; Simon ym. 2011) ja sanomalehti-ilmoitusten kautta (Andersson ym. 2005; van Straten ym. 2008; Ruwaard ym. 2009). Aiempien tutkimustulostn mukaisesti tietoa sähköisistä potilasopetusmenetelmistä levitettiin mielenterveysyksiköihin sekä psykiatriisiin sairaaloihin ja avohoidon yksiköihin (Rotondi ym. 2010; Barnes ym. 2011; Steinwachs ym. 2011).

Tutkimuksella saatiin uutta tietoa suomalaisten sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden kiinnostuneisuudesta sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan. Turun yliopistolla järjestettyyn seminaariin osallistujia saapui kuudestatoista eri julkisen ja yksityisen sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista Keski- ja Etelä-Suomen alueelta. Tämä oli 13% niistä organisaatioista, joille tiedon levitys tapahtui. Tutkimustuloksista ilmeni sähköisestä potilasopetusmenetelmästä kiinnostuneiden seminaariosallistujien työskennelleen yleisimmin mielenterveyspoliklinikoilla ja psykiatrisissa sairaaloissa. Psykiatrisen avohoidon toimintayksiköt vastasivat alueensa aikuisväestön psykiatrisesta erikoissairaanhoidosta yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalitoimen kanssa. Psykiatrisessa sairaalahoidossa korostui yhteisöhoitollinen kuntoutus ja sairaalahoidon ulkopuoliseen toimintaan tukeminen. Tutkimustulosten mukaan sähköisestä potilasopetusmenetelmästä kiinnostuneiden organisaatioiden osuus oli vain 4% niistä,

joille tiedon levitys tapahtui. Sähköisestä potilasopetusmenetelmästä kiinnostuneiden toimintayksiköiden joukossa ei ollut yhtään yksityissektorilla toimivaa sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatrista toimintayksikköä. Yksityissektorilla toimineita psykiatrisia toimintayksiköitä, joille tiedonlevitys tapahtui, olivat mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköt, päiväkeskus- ja työtoimintaa järjestäneet toimintayksiköt sekä niin sanottuun kolmanteen sektoriin kuuluneet järjestöt, yhdistykset ja säätiöt. Tässä tutkimuksessa sähköisestä potilasopetusmenetelmästä kiinnostuneet psykiatriset toimintayksiköt sijaitsivat paikkakunnilla, joiden väestöpohja vaihteli noin 50 000-135 000 asukkaan välillä. Puolestaan sairaanhoitopiirien toimialueiden väestöpohja vaihteli 175 000 ja 1 500 000 asukkaan välillä.

Tutkimustulokset vahvistivat aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan sähköisen potilasopetusmenetelmän vahvuuksia olivat potilasopetuksen tehostuminen (Anttila ym. 2008; Ruwaard ym. 2009), omahoitajasuhteen kehittyminen (Anttila ym. 2008; Steinwachs ym. 2011) ja potilaan lisäntynyt hoitoon sitoutuminen (Andersson ym. 2005; Farvolden ym. 2009; Meglic ym. 2010; Rotondi ym. 2010; Simon ym. 2011). Tutkimustulosten mukaan tietotekniikan käytön yleisyys sekä koekäyttäjien ja potilaiden hyvät tietotekniset taidot vaikuttivat myönteisesti sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöön. Potilaan roolin suhteessa koekäyttäjään koettiin muuttuneen tasavertaisemmaksi tietotekniikan myötä. Sähköisessä potilasopetustilanteessa oli tärkeää potilaan henkilökohtainen tiedon etsiminen koskien omaa sairauttaan ja sen hoitoa, minkä arveltiin edistävän myös tiedon mieleen painumista. Sekä potilaan että koekäyttäjän suhtautuminen tietotekniikkaan ja sen mahdollisuuksia kohtaan oli myönteistä. Sähköinen potilasopetusmenetelmä motivoi ja innosti koekäyttäjää potilasopetuksessa uudenlaisten välineiden ja työskentelytapojen vuoksi. Sähköisten potilasopetusmenetelmien helppokäyttöisyyttä ovat tuoneet esille myös Proudfoot ym. (2007), Rotondi ym. (2010) ja Im & Chang (2013). Tutkimustulosten mukaan sähköinen potilasopetusmenetelmä tarjosi kattavasti näyttöön perustuvaa tietoa yhdestä paikasta. Koekäyttäjät kokivat sähköisen potilasopetusmenetelmän joustavana, jossa oli mahdollista valita erilaisia tapoja tiedon läpikäymiseen. Tutkimustulokset sähköisen potilasopetusmenetelmän tarjoamasta monipuolisesta ja laadukkaasta tiedosta tukevat yleisesti aiempaa kirjallisuutta (Griffiths & Christensen 2007; Proudfoot ym. 2007; Meyer ym. 2009; Ruwaard ym. 2009; de Beurs ym. 2011; Melling & Houquet-Pincham 2011; Rotondi ym. 2011; Simon ym. 2011; Álvarez-Jiménez ym. 2012).

Tutkimus osoitti sähköisen potilasopetusmenetelmän edistävän omahoitajasuhteen kehittymistä. Koekäyttäjän ja potilaan yhdessä työskentely ja vuorovaikutus kehittyivät sähköisen potilasopetusmenetelmän myötä sillä potilaan asioita pohdittiin yhdessä. Sähköisessä potilasopetustilanteessa potilas tuli huomioiduksi yksilönä ja hänelle välittyi kokemus omien asioidensa tärkeydestä. Sähköisessä potilasopetustilanteessa koekäyttäjän oli mahdollista saada tietoa muun muassa potilaan asenteista, taidoista, pitkäjännitteisyydestä, kiinnostuksen kohteista sekä tietokoneen ja internetin käyttötavoista. Etenkin niiden potilaiden kohdalla, jotka käyttivät tietotekniikkaa ja internetiä paljon pelaamiseen, sähköinen potilasopetusmenetelmä mahdollisti ohjaamisen moniin hyödyllisiin käyttömahdollisuuksiin, kuten sähköiseen asioimiseen. Sähköinen potilasopetusmenetelmä toimi tukena vuorovaikutustilanteissa, joissa oli vaikea päästä keskustelun alkuun potilaan sulkeutuneisuuden tai keskusteluhaluttomuuden vuoksi. Sähköinen potilasopetusmenetelmä myös ohjasi ja tuki käsiteltävän asian äärellä pysymistä. Sähköinen potilasopetusmenetelmä lisäsi koekäyttäjän tietoperustaa, jolloin potilasopetus perustui tutkittuun tietoon ja potilaiden saama tieto oli ajankohtaista ja monipuolista. Myös Anttilan ym. (2008) ja Steinwachs ym. (2011) mukaan sähköinen potilasopetusmenetelmä edisti potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta.

Tutkimustulosten mukaan potilaan sitoutuminen omaan hoitoonsa lisääntyi sähköisen potilasopetusmenetelmän myötä. Erityisesti nuorten potilaiden, jotka käyttivät paljon tietotekniikkaa viestimisessään, uskottiin motivoituvan omaan hoitoonsa ja sähköiseen potilasopetukseen. Sähköisen potilasopetusmenetelmän myötä potilaan rooli omassa hoidossaan oli aiempaa aktiivisempi, jossa korostui potilaan asiantuntijuus omaan elämäänsä liittyen. Sähköisessä potilasopetustilanteessa potilaat saivat kokemuksia tietotekniikan erilaisista mahdollisuuksista hoidon tukena, esimerkiksi vertaistuen hakemisesta. Tietotekniikkaa arastelevien potilaiden oli mahdollista harjoitella sähköisessä potilasopetustilanteessa tiedon hakemista ja sähköistä asiointia. Sähköinen potilasopetusmenetelmä lisäsi potilaiden onnistumisen, osaamisen ja oppimisen kokemuksia ja madalsi kynnystä käyttää tietokonetta. Meglicin ym. (2010) tutkimustulosten mukaan sähköinen potilasopetusmenetelmä edisti potilaiden sitoutumista lääkehoitoon ja lievitti masennuksen vaikeusastetta sekä kohensi potilaiden hyvinvointia. Myös Rotondi ym. (2010) osoittavat sähköiseen potilasopetusryhmään osallistuneiden skitsfreniapotilaiden positiivisten oireiden vähentyneen merkittävästi ja tiedon sairaudesta lisääntyneen merkittävästi.

Aiemmassa kirjallisuudessa painottuivat sähköisen potilasopetusmenetelmän vahvuudet. Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin myös sähköisen potilasopetusmenetelmän heikkouksia. Tutkimustulosten mukaan potilasopetusmenetelmän heikkouksia olivat ongelmat ja ennakkoluulot potilasopetusohjelman käytössä sekä potilaan voinnin heikentyminen. Erilaiset tekniset ongelmat vaikeuttivat sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöä. Useimmiten hidas internetyhteys tai epäkunnossa ollut tietokone häytti tai esti kokonaan sähköisen potilasopetustilanteen toteutumisen. Sähköistä potilasopetustilannetta varten tarvittavan rauhallisen tilan puuttuminen tai tarvittavien teknisten apulaitteiden, kuten suuremman kuvaruudun tai kuulokkeiden puuttuminen, häyttivät sähköisestä potilasopetusmenetelmästä saatavaa hyötyä. Myös ajankäyttöön liittyvät ongelmat häyttivät sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöä. Koekäyttäjät ajattelivat, että uuden potilasopetusmenetelmän omaksuminen ja opetteleminen voi olla joillekin hoitajille aikaa vievää. Lisäksi koekäyttäjät uskoivat, että hoitajien ja potilaiden puutteelliset tai heikot tietotekniset taidot sekä pelko tietotekniikkaa kohtaan voivat heikentää sähköisen potilasopetusmenetelmän hyödyntämistä potilasopetuksessa. Samansuuntaisia tutkimustuloksia on saanut Anttila ym. (2008).

Koekäyttäjät toivat esille potilaiden ja hoitajien ennakoasenteiden ja pelkojen tietotekniikka ja sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan heikentävän sähköisen potilasopetusmenetelmän hyödyntämistä potilasopetuksessa. Koekäyttäjät uskoivat, että osa hoitajista haluaa edelleen potilasopetustilanteiden tapahtuvan tavanomaisesti, ilman tietotekniikkaa. Joillakin potilailla uskottiin olevan ennakkoluuloja tietotekniikkaa ja tietokoneita kohtaan. Koekäyttäjät ajattelivat hoitajilla olevan epätietoisuutta sähköisen potilasopetuksen käytännön toteutuksesta, kuten tarvittavien tietokoneiden määrästä ja fyysisen tilan tarpeesta. Sähköisen potilasopetusmenetelmän uutena tiedon antamisen tapana uskottiin aiheuttavan pelkoa teknisyydellään, jonka seurauksena hoidon laadun pelätään heikentyvän. Koekäyttäjät ajattelivat hoitajien pelkävän yksin jäämistä uuden ja vaikean asian äärellä, ja sen vuoksi arastelevan sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöä. Hoitajien ajateltiin kokevan pelkoa siitä, että potilaat kokevat sähköisen potilasopetusmenetelmän ahdistavana eikä heillä ole riittävästi tietoa potilaiden esittämiin kysymyksiin. Potilaiden psyykkisen tai fyysisen voinnin heikkenemisen uskottiin rajoittavan sähköisen potilasopetusmenetelmän käyttöä. Koekäyttäjät ajattelivat, että psykoottisen potilaan uskomukset tietokoneen välityksellä tapahtuvasta tarkkailusta tai säteilyttämisestä hidastavat tai estävät sähköisen

potilasopetusmenetelmän käyttöä. Myös potilaan somaattisen sairauden ajateltiin olevan hidaste tai este työskentelylle.

Aiempien tutkimustulosten mukaisesti sähköisen potilasopetusmenetelmän mahdollisuuksina kuvattiin potilasopetuksen tehostuminen (Ruwaard ym. 2009; Meglic ym. 2010; Rotondi ym. 2010; de Beurs ym. 2011; Reynolds ym. 2011; Simon ym. 2011; Steinwachs ym. 2011) ja potilasopetusohjelman uudet käyttömahdollisuudet (Griffiths & Christensen 2007; Farvolden ym. 2009; Barnes ym. 2011; Melling & Houquet-Pincham 2011; Álvarez-Jiménez ym. 2012). Koekäyttäjät uskoivat sähköisen potilasopetusmenetelmän tehostavan potilasopetusta tehostamalla potilaan ja hoitajan välistä kommunikointia hoitosuhteessa. Sähköisen potilasopetusmenetelmän uskottiin lisäävän hoitajan tietoperustaa ja tuovan struktuuria hoitosuhdetyöskentelyyn, ja näin mahdollistavan uusien näkökulmien löytämisen potilaan kuntotumisen edistämiseen. Sähköisen potilasopetusmenetelmän ajateltiin helpottavan potilaiden itsenäistä tiedonsaantia sekä vahvistavan itsehoitoa ja itsetuntoa. Koekäyttäjät uskoivat sähköisen potilasopetusmenetelmän lisäävän psykiatrisen hoitotyön valovoimaisuutta ja nykyaikaisuutta. Sähköisen potilasopetusmenetelmän ajateltiin myös uudistavan toimintayksikön käytänteitä, kuten psykoedukaatioryhmien korvaamista sähköisillä potilasopetustilanteilla. Sähköisen potilasopetusmenetelmän mahdollisuuksiksi nähtiin sen hyödyntäminen esimerkiksi kotikäyntien yhteydessä ja ryhmämuotoisessa potilasopetuksessa. Psykiatriisiin sairaaloihin, ja erityisesti poliklinikoille ehdotettiin järjestettävän erillisiä tiloja ryhmämuotoisia potilasopetustilanteita varten.

Aiemmissä tutkimuksissa ei juurikaan ole tuotu esille sähköisten potilasopetusmenetelmien uhkia. Tämä tutkimus tuotti uutta tietoa koekäyttäjien olettamista sähköisen potilasopetusmenetelmän uhkista, joita olivat potilasopetusohjelman riittämätön arvostus sekä ongelmat ja ennakkoluulot potilasopetusohjelman käytössä. Koekäyttäjät ajattelivat, ettei sähköinen potilasopetusohjelma toisi riittävästi lisäarvoa potilasopetukseen sillä internetin koettiin yleisesti tarjoavan runsaasti tietoa hyödynnettäväksi potilasopetustilanteissa. Toimintayksiköiden potilastietojärjestelmiin suunniteltujen muutosten arvioitiin heikentävän hoitajien kiinnostusta ja motivaatiota opetella uutta sähköistä potilasopetusmenetelmää. Koekäyttäjät kokivat uhkaksi myös työnantajalta vaadittavan riittävän resursoinnin turvaamisen sillä sähköinen potilasopetusmenetelmä edellyttää toimivien tilojen ja sähköisen potilasopetusohjelman lisäksi jatkuvaa käyttötaitoa ja perehdytystä, ja siten taloudellisia kustannuksia. Myös potilaiden suhtautumista sähköistä

potilasopetusohjelmaa kohtaan pohdittiin kriittisesti eli olisiko se tarpeeksi interaktiivinen ja kiinnostava heidän näkökulmastaan katsottuna.

Tietoteknisten laitteiden ja ohjelmien ongelmien lisäksi sähköisen potilasopetusmenetelmän uhkana ajateltiin potilasopetustilanteille tarvittavan ajan vähyys. Koekäyttäjät kuvasivat hoitotyön arjen tilanteiden muuttuvan esimerkiksi hoitohenkilöstön äkillisten poissaolojen tai potilaiden voinnissa tapahtuvien muutosten vuoksi, jolloin suunniteltujen sähköisten potilasopetustilanteiden ajateltiin jäävän toteutumatta. Myös hoitohenkilöstön tehokkaaseen perehdytykseen sähköisen potilasopetusohjelman käytössä tulisi olla riittävästi aikaa. Uudistuksia, kuten sähköistä potilasopetusmenetelmää, kohtaan saattaa olla ennakoasenteita ja vastarintaa, jopa mitätöintiä työyhteisössä. Koekäyttäjät ajattelivat hoitajien pelkäävän potilaan sosiaalisten suhteiden kapenemista ja hoidon laadun heikkenemistä potilaan jättäytyessä pois muunlaisesta kuntouttavasta toiminnasta. Koekäyttäjät pohtivat miten hoitohenkilökunta ja potilaat saataisiin sitoutumaan uudenlaiseen tapaan työskennellä ja näkivätkin toimintayksikön esimiehellä olevan tässä tärkeän roolin.

Tutkimuksen viimeisessä vaiheessa koekäyttäjät antoivat palautetta sähköisestä potilasopetuksesta. Tutkimustulokset vahvistivat aiempaa tutkimustietoa, jonka mukaan sähköinen potilasopetus mahdollisti potilaan yksilöllisen huomioimisen (Anttila ym. 2008; Farvolden ym. 2009; Barnes ym. 2011). Sähköiset potilasopetustilanteet tapahtuivat rauhallisissa opetustiloissa ja käytetyt välineet olivat toimivia. Potilaiden yksilölliset tiedon tarpeet ja kiinnostuksen kohteet sekä internetin käyttötaidot huomioitiin. Potilaiden ja koekäyttäjien välinen vuorovaikutus oli keskustelevaa. Sähköinen potilasopetusohjelma synnytti paljon keskustelua potilaille tärkeistä asioista. Aiempien tutkimustulosten suuntaisesti koekäyttäjät arvostivat potilasopetuksen tutkittuun tietoon pohjautuvuutta (Álvarez-Jiménez ym. 2012; Im & Chang 2013).

Tutkimuksella saatiin uutta tietoa koekäyttäjien kokemuksista sähköisen potilasopetusmenetelmän käytöstä. Tutkimustulosten mukaan koekäyttäjät kokivat sähköisen potilasopetusmenetelmän olevan uusi tapa antaa tutkittua tietoa potilaille. Koekäyttäjät kokivat hyväksi häiriöttömän potilasopetustilanteen ja sähköisen potilasopetusmenetelmän synnyttämän keskustelun. Sähköisen potilasopetusohjelman koettiin luovan hyvän struktuurin potilasopetustilanteelle tukemalla käsiteltävän asian äärellä pysymistä. Hyväksi koettiin myös potilaiden innostunut ja positiivinen asenne uutta potilasopetusmenetelmää kohtaan. Huonona potilasopetustilanteessa koettiin oma riittämätön valmistautuminen, kuten ohjelman osioihin tutustumista ja tukikysymysten

miettimistä sekä potilaiden erityistarpeiden huomioimista ei tehty etukäteen. Huonona koettiin myös apuvälineiden, kuten kuulokkeiden puuttuminen, mikä rajoitti joidenkin ohjelman osioiden läpikäymistä. Koekäyttäjät kuvasivat kokeneensa huolta potilasopetustilanteiden sujumisesta, potilaiden asenteesta sähköistä potilasopetusmenetelmää kohtaan ja omasta osaamisesta. Koekäyttäjät kokivat oman valmistautumisen potilasopetustilanteisiin olleen riittämätöntä ja sen kehittämiseen haluttiin jatkossa kiinnittää huomiota. Jatkoa ajatellen koettiin myös tärkeäksi riittävän ajan varaaminen potilasopetustilanteelle. Sähköisen potilasopetuksen sisällyttäminen osaksi potilaan hoitotyön suunnitelmaa koettiin tärkeäksi, samoin suunniteltujen sähköisten potilasopetustilanteiden merkitseminen osaston kalenteriin.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Sähköisen potilasopetuksen tavoitteena on vaikuttaa potilaan käyttäytymiseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin parantamiseen ja ylläpitämiseen. Sähköiset potilasopetusmenetelmät tukevat hoitohenkilökuntaa potilaskeskeisen hoitotyön toteuttamisessa, yhdenmukaistavat auttamismenetelmiä ja tehostavat potilaiden ja hoitajien välistä vuorovaikutusta sekä edistävät potilaiden asemaa muun muassa lisäämällä heidän tiedonsaantiaan ja vähentämällä leimautumista. Tämä tutkimus tuotti tietoa psykoosipotilaille tarkoitetun sähköisen potilasopetusmenetelmän levityksestä ja sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden kiinnostuneisuudesta tutustua sähköiseen potilasopetusmenetelmään sekä mielenterveystyön ammattilaisten käytöstä saaduista kokemuksista. Tiedonantajien pienestä määrästä huolimatta, tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että informaatioteknologian hyödyntäminen potilasopetuksessa vastaa sekä mielenterveystyön ammattilaisten kiinnostuneisuuteen potilasopetuksen toteutuksesta että potilaiden toiveisiin tiedonsaamisesta.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella vain pieni osa sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatioista on kiinnostunut sähköisestä potilasopetusmenetelmästä. Tässä tutkimuksessa kaikki kiinnostusta osoittaneet sosiaali- ja terveydenhuollon organisaatiot toimivat julkisella sektorilla. Yhtenä jatkotutkimusehdotuksena tulisi selvittää yksityisellä sektorilla toimivien sosiaali- ja terveydenhuollon psykiatristen toimintayksiköiden, kuten mielenterveyskuntoutujien asumispalveluyksiköiden mielenterveystyön ammattilaisten käsityksiä sähköistä potilasopetusmenetelmää ja sen

tarpeellisuutta kohtaan, sillä psykiatrisen palvelujärjestelmän uudistusten seurauksena tuettujen asumispalvelujen määrä on kasvanut voimakkaasti.

Tutkimustulosten perusteella sähköinen potilasopetusmenetelmä tehostaa potilasopetusta jäsentämällä hoitosuhdetyöskentelyä. Sähköinen potilasopetusmenetelmä lisää hoitajan tietoperustaa niin, että potilasopetus perustuu tutkittuun tietoon. Sähköistä potilasopetusmenetelmää käytettäessä, tulee huomiota kiinnittää mielenterveystyön ammattilaisten riittävään koulutukseen ja tuen saantiin sähköiseen potilasopetusohjelmaan liittyen. Toisena jatkotutkimusehdotuksena tulisi sähköisen potilasopetusmenetelmän vaikuttavuutta tutkia kehitettäessä sitä edelleen suunniteltaessa sosiaali- ja terveydenhuollon niukkojen resurssien käyttöä.

LÄHTEET

Álvarez-Jiménez M, Gleeson JF, Bendall S, Lederman R, Wadley G, Killackey E & McGorry PD. 2012. Internet-Based Interventions for Psychosis: A Sneak-Peek into the Future. *Psychiatric Clinics of North America* 35, 735–747.

Andersson G, Bergström J, Holländare F, Carlbring P, Kaldö V & Ekselius L. 2005. Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *The British Journal of Psychiatry* 187, 456–461.

Anttila M, Välimäki M, Hätönen H, Luukkaala T & Kaila M. 2012. Use of web-based patient education sessions on psychiatric wards. *International Journal of Medical Informatics* 81, 424–433.

Anttila M, Koivunen M & Välimäki M. 2008. Information technology-based standardized patient education in psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing* 64, 2, 147–156.

Bae J, Wolpin S, Kim E, Lee S, Yoon S & An K. 2009. Development of a user-centered health information service system for depressive symptom management. *Nursing and Health Sciences* 11, 185–193.

Baker KD & Ray M. 2011. Online counseling: The good, the bad, and the possibilities. *Counselling Psychology Quarterly* 24, 4, 341–346.

Barak A & Grohol JM. 2011. Current and Future Trends in Internet-Supported Mental Health Interventions. *Journal of Technology in Human Services* 29, 155–196.

Barnes E, Simpson S, Griffiths E, Hood K, Craddock N & Smith DJ. 2011. Developing an online psychoeducation package for bipolar disorder. *Journal of Mental Health* 20, 1, 21–31.

Beauchamp TL & Childress JF. 2009. *Principles of Biomedical Ethics*. 6th edition. Oxford University Press. New York.

Burns MN, Begale M, Duffecy J, Gergle D, Karr CJ, Giangrande E & Mohr DC. 2011. Harnessing Context Sensing to Develop a Mobile Intervention for Depression. *Journal of Medical Internet Research* 13, 3, e55.

Davis FD & Venkatesh V. 2004. Toward Preprototype User Acceptance Testing of New Information Systems: Implications for Software Project Management. *IEEE Transactions on Engineering Management* 51, 1, 31–46.

de Beurs E, den Hollander-Gijsman ME, van Rood YR, van der Wee NJA, Giltay EJ, van Noorden MS, van der Lem R, van Fenema E & Zitman FG. 2011. Routine Outcome Monitoring in the Netherlands: Practical Experiences with a Web-Based Strategy for the Assessment of Treatment Outcome in Clinical Practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 18, 1–12.

Depressio (online). Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi. Viitattu 24.10.2014.

Elo S & Kyngäs H. 2008. The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* 62, 1, 107–115.

- Erikoissairaanhoidolaki 1.12.1989/1062.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>. Viitattu 29.10.2014.
- ETENE 2011. Sosiaali- ja terveysalan eettinen perusta. ETENE-julkaisu 32. Helsinki. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta.
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=63023&name=DLFE-2903.pdf. Viitattu 13.10.2014.
- European Union. 2013. Information technology.
http://europa.eu/pol/infos/index_en.htm. Viitattu 29.10.2014.
- Farvolden P, Cunningham J & Selby P. 2009. Using E-Health Programs to Overcome Barriers to the Effective Treatment of Mental Health and Addiction Problems. *Journal of Technology in Human Services* 27, 5–22.
- Ferron JC, Brunette MF, McHugo GJ, Devitt TS, Martin WM & Drake RE. 2011. Developing a Quit Smoking Website That is Usable by People with Severe Mental Illnesses. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 35, 2, 111–116.
- Gibbs G. 1988. *Learning by Doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford. Further Education Unit.
- Graneheim UH & Lundman B. 2004. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today* 24, 2, 105–12.
- Griffiths KM & Christensen H. 2007. Internet-based mental health programs: A powerful tool in the rural medical kit. Review Article. *Australian Journal of Rural Health* 15, 2, 81–7.
- Harjajärvi M, Pirkola S & Wahlbeck K. 2006. Aikuisten mielenterveyspalvelut muutoksessa. MERTTU-tutkimuksen palvelukatsaus. Acta nro 187. Stakes & Suomen Kuntaliitto.
- HILMO 2012. Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013. Määrittelyt ja ohjeistus. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet 3. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.
- Holloway I & Wheeler S. 2010. *Qualitative Research in Nursing and Health Care*. 3rd Edition. Wiley-Blackwell.
- Holmberg N & Kähkönen S. 2011. Kognitiivinen verkkoterapia psykiatristen häiriöiden hoidossa. *Katsaus. Duodecim* 127, 692–8.
- Hsiao, CY, Hsieh MH, Tseng CJ, Chien SH & Chang CC. 2012. Quality of life of individuals with schizophrenia living in the community: relationship to socio-demographic, clinical and psychosocial characteristics. *Journal of Clinical Nursing* 21, 2367–76.
- Hätönen H. 2010. Patient Education to Support the Self-Management of Patients with Mental Illness. Turun yliopiston julkaisu. *Annales Universitatis Turkuensis Sarja D - Osa* 891.
- Hätönen H, Välimäki M, Koivunen M, Jakobsson T, Pitkänen A & Kuosmanen L. 2006. Systemaattisen potilasopetuksen käyttöönotto osaksi hoitoa: Esimerkki psykiatrisen hoitotöiden alueelta. Teoksessa Hiltunen E (toim). *Terveydenhuoltotutkimuksen päivät 2006. Yksilö vai rakenteet*. Kuopio 5.-6.10.2006. Tutkimuspapereita 26.

- Im EO & Chang SJ. 2013. Web-based interventions in nursing. *Computers, Informatics, Nursing* 31, 2, 94–102.
- Joffe G, Joutsenniemi K, Holi M, Muukka M, Näätänen P, Rissanen A, Saiho S, Stenberg J-H & Syrjäläinen J. 2012. Sähköinen mielenterveystyö. Teoksessa Moring J, Martins A, Partanen A, Nordling E & Bergman V (toim). *Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Kehittyviä käytäntöjä 2011. Raportti 46. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).*
- Juntunen K. 2012. Tieto- ja viestintätekniiikan soveltamiseen perustuvat toimintaprosessien uudistukset terveydenhuollossa. Sosio-tekniikka-taloudellinen näkökulma. *Acta Universitatis Ouluensis A 602. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Luonnontieteellinen tiedekunta. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Oulun yliopisto.*
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>. Viitattu 29.10.2014.
- Kapiainen S, Väisänen A & Haula T. 2014. Terveyden- ja sosiaalihuollon yksikkökustannukset Suomessa vuonna 2011. Raportti 3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Karlsson N & Wahlbeck K. 2012. Hyvin suunniteltu on puoliksi tehty? Pohjoismaiden puolitiehen jääneet mielenterveyspalvelujen uudistukset. *Yhteiskuntapolitiikka* 77, 5, 548–558
- Koivunen M. 2009. Acceptance and use of information technology among nurses in psychiatric hospitals. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis Sarja D - Osa 837.*
- Koivunen M, Välimäki M, Patel A, Knapp M, Hätönen H, Kuosmanen L, Pitkänen A, Anttila M & Katajisto J. 2010. Effects of the implementation of the web-based patient support system on staff's attitudes towards computers and IT use: a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24, 3, 592–599.
- Koponen H. 2014. Yleistynyt ahdistuneisuus. Teoksessa Lönnqvist J, Heikkinen M, Henriksson M, Marttunen M & Partonen T (toim). *Psykiatria. Kustannus Oy. Duodecim.*
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Tampere: Vastapaino.
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Kylmä J, Rissanen M-L, Laukkanen E, Nikkonen M, Isola A & Juvakka T. 2007. Kuvaileva laadullinen terveystutkimus. *Premissi* 5, 42–46.
- Kyngäs H & Vanhanen L. 1999. Sisällönanalyysi. *Hoitotiede* 11, 1, 3–12.
- Laajasalo T & Pirkola S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä – ehkäisevän mielenterveystyön toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportti 47. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenologinen lähestymistapa. *Dissertations in Health Sciences 31. Publications of the University of Eastern Finland.*
- Maailman lääkäriliiton Helsingin julistus. 2009. Ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimustyön eettiset periaatteet. <http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>. Viitattu 12.10.2014.

Meglic M, Furlan M, Kuzmanic M, Kozel D, Baraga D, Kuhar I, Kosir B, Iljaz R, Sarotar BN, Dernovsek MZ, Marusic A, Eysenbach G & Brodnik A. 2010. Feasibility of an eHealth Service to Support Collaborative Depression Care: Results of a Pilot Study. *Journal of Medical Internet Research* 12, 5, e63.

Melling B & Houguet-Pincham T. 2011. Online Peer Support for Individuals with Depression: A Summary of Current Research and Future Considerations. *Psychiatric Rehabilitation Journal* 34, 3, 252–254.

Meyer B, Berger T, Caspar F, Beevers CG, Andersson G & Weiss M. 2009. Effectiveness of a Novel Integrative Online Treatment for Depression (Deprexis): Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 11, 2, e15.

Mielenterveyslaki 14.12.1990/1116.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1990/19901116>. Viitattu 29.10.2014.

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG & the PRISMA Group. 2009. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *Annals of Internal Medicine* 151, 4, 264–269.

Moring J. 2010. Mielenterveyspalvelut hoitopääsytietojen valossa. Teoksessa Partanen A, Moring J, Nordling E & Bergman V (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Avauksia 16. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Mäkelä M & Lehtonen J. 2011. ISO OID-yksilöintitunnuksen käytön kansalliset periaatteet sosiaali- ja terveysalalla. Luokitukset, termistöt ja tilasto-ohjeet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Neergaard MA, Olesen F, Andersen RS & Sondergaard J. 2009. Qualitative description – the poor cousin of health research? *BMC Medical Research Methodology* 9, 52.

Nemoto K, Tachikawa H, Sodeyama N, Endo G, Hashimoto K, Mizukami K & Asada T. 2007. Quality of Internet information referring to mental health and mental disorders in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 61, 243–248.

Pitkänen A. 2010. Improving quality of life of patients with schizophrenia in acute psychiatric wards. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis Sarja D - Osa 931*.

Pitkänen A, Hätönen H, Kuosmanen L & Välimäki M. 2009. Individual quality of life of people with severe mental disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16, 1, 3–9.

Proudfoot J, Parker G, Hyett M, Manicavasagar V, Smith M, Grdovic S & Greenfield L. 2007. Next generation of self-management education: Web-based bipolar disorder program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 41, 903–909.

Rainio J & Rätty T. 2015. Psykitrinen erikoissairaanhoito 2013. Tilastoraportti 2. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Reynolds J, Griffiths K & Christensen H. 2011. Anxiety and depression. Online resources and management tools. *Australian Family Physician* 40, 6, 382–6.

Rogers EM. 2003. *Diffusion of Innovations*. 5th edition. The Free Press. New York.

Rotondi AJ, Anderson CM, Haas GL, Eack SM, Spring MB, Ganguli R, Newhill C & Rosenstock J. 2010. Web-Based Psychoeducational Intervention for Persons with

- Schizophrenia and Their Supporters: One-Year Outcomes. *Psychiatric Services* 61, 11, 1099–1105.
- Ruwaard J, Schrieken B, Schrijver M, Broeksteeg J, Dekker J, Vermeulen H & Lange A. 2009. Standardized Web-Based Cognitive Behavioural Therapy of Mild to Moderate Depression: A Randomized Controlled Trial with a Long-Term Follow-Up. *Cognitive Behaviour Therapy* 38, 4, 206–221.
- Sandelowski M. 2010. What's in a name? Qualitative description revisited. *Research in nursing & health* 33, 1, 77–84.
- Sandelowski M. 2000. Whatever happened to qualitative description? *Research in nursing & health* 23, 4, 334–40.
- Simon GE, Ludman EJ, Goodale LC, Dykstra DM, Stone E, Cutsogeorge D, Operskalski B, Savarino J & Pabiniak C. 2011. An online recovery plan program: can peer coaching increase participation? *Psychiatric services* 62, 6, 666–9.
- Skitsofrenia (online). Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen lääkäri-seura Duodecim. Saatavilla internetissä: www.käypähoito.fi. Viitattu 22.10.2014.
- Steinwachs DM, Roter D, Skinner EA, Lehman AF, Fahey M, Cullen B, Smith Everett A & Gallucci G. 2011. A Web-Based Program to Empower Patients with Schizophrenia to Discuss Quality of Care with Mental Health Providers. *Psychiatric Services* 1, 62, 11, 1296–1302.
- Stjernswärd S & Östman M. 2006. Potential of e-health in relation to depression: short survey of previous research. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 13, 698–703.
- Sullivan-Bolyai S, Bova C & Harper D. 2005. Developing and refining interventions in persons with health disparities: the use of qualitative description. *Nursing outlook* 53, 3, 127–33.
- Suomen akatemian tutkimuseettiset ohjeet. 2003. Xerox Business Services. <http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>. Viitattu 10.10.2014.
- Suomen perustuslaki 11.6.1999/731. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Viitattu 29.10.2014.
- Suvisaari J. 2013. Mielenterveyshäiriöiden esiintyvyyden sukupuolierot. *Katsaus. Suomen lääkäri-lehti* 20, 68, 1487–1492a.
- Suvisaari J & Viertiö S. 2009. Ahdistuneisuushäiriöt. Teoksessa Aalto M, Bäckmand H, Haravuori H, Lönnqvist J, Marttunen M, Melartin T, Partanen A, Partonen T, Seppä K, Suomalainen L, Suokas J, Suvisaari J, Viertiö S & Vuorilehto M (toim). *Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Opas ennaltaehkäisevän työn ammattilaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.*
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Viitattu 29.10.2014.
- Tuori T. 2011. Psykiatrian rakennemuutos Suomessa. Suuntaaja 1. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/16c29c03-76b7-4056-be5b-4a332c08a84e>. Viitattu 28.10.2014.

Tutkimuseettinen Neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen Neuvottelukunnan ohje. Helsinki http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/htk_ohje_verkko14112012.pdf. Viitattu 10.10.2013.

Tuulio-Henriksson A. 2012. Skitsofreniaa sairastavien kuntoutus ja työllistymismahdollisuudet. Katsaus. Kuntoutus 1, 38–42.

Uhrenfeldt L, Lakanmaa R-L, Flinkman M, Basto ML & Attree M. 2014. Collaboration: a SWOT analysis of the process of conducting a review of nursing workforce policies in five European countries. *Journal of Nursing Management* 22, 4, 485–498.

van Straten A, Cuijpers P & Smits N. 2008. Effectiveness of a Web-Based Self-Help Intervention for Symptoms of Depression, Anxiety, and Stress: Randomized Controlled Trial. *Journal of Medical Internet Research* 10, 1, e7.

Voipio-Pulkki L-M. 2011. Kehittyvä ja toimiva sosiaali- ja terveydenhuolto. Teoksessa Moring J, Martins A, Partanen A, Bergman V, Nordling E & Nevalainen V (toim). Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009-2015. Toimeenpanosta käytäntöön 2010. Raportti 6. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Välimäki M, Anttila M, Hätönen H, Koivunen M, Jakobsson T, Pitkänen A, Herrala J & Kuosmanen L. 2008. Design and development process of patient-centered computer-based support system for patients with schizophrenia spectrum psychosis. *Informatics for Health & Social Care* 33, 2, 113–123.

Välimäki M, Suhonen R, Koivunen M, Alanen S & Nenonen H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede* 19, 3, 115–127.

Wahlbeck K & Tuori T. 2009. Aika sulkea erilliset psykiatriset sairaalat. Tesso Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti. Julkaistu 15.1.2009. <http://www.tesso.fi/content/aika-sulkea-erilliset-psykiatriset-sairaalat>. Viitattu 16.10.2014.

Winblad I, Reponen J & Hämäläinen P. 2012. Tieto- ja viestintäteknologian käyttö terveydenhuollossa vuonna 2011. Tilanne ja kehityksen suunta. Raportti 3. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Zaluska M, Bronowski P, Panasiuk K, Brykalski J, Paszko J. 2008. Evaluation of the ICAR program--Internet communication and active rehabilitation for people with mental disorders. *Psychiatria Polska* 42, 3, 353–64.

LIITE 1. Tutkimuksen keskeiset käsitteet tiedonhakua varten PICO-lausekkeen mukaisesti

Population	Intervention	C	Outcome
mental mental health psych* organisation services institutions hospital settings unit ward center centres facilities department	information technology communication technology ICT technical means internet net patient education device mobile telephone computerized computer computer-based internet-based web-based web digital technologies electronic databases		diffusion dissemination distribution dispersion adaptation utilization implementation initialization adoption spreading execution transformation integration apply

LIITE 2. Tieteellisten julkaisujen hakuprosessi

Tietokanta	Hakulauseke	Rajaukset
Pub-Med	("Internet"[Mesh] OR Internet[tiab] OR Online[tiab] OR web[tiab] OR web based*[tiab] OR mobile*[tiab] OR "social media"[tiab] OR "Social media"[Mesh] OR wiki*[tiab] OR facebook[tiab] OR youtube[tiab] OR chat*[tiab] OR "Blogging"[Mesh] OR "web 2.0"[tiab] OR www[tiab]) AND ("patient education system" OR "patient education systems" OR "patient support systems" OR "patient support systems" OR "Patient Education as Topic"[Mesh] OR patient education*[tiab]) AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR mental health*[tiab] OR psychiatric*[tiab])	
Pub-Med	("Internet"[Mesh] OR Internet[tiab] OR Online[ti] OR web[tiab] OR web based*[tiab] OR mobile*[tiab] OR "social media"[tiab] OR "Social media"[Mesh] OR wiki*[tiab] OR facebook[tiab] OR youtube[tiab] OR chat*[tiab] OR "Blogging"[Mesh] OR "web 2.0"[tiab] OR www[tiab]) AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR mental health*[tiab] OR psychiatric*[tiab]) AND (organization* OR organization* OR company* OR center OR centers OR hospital OR hospitals OR institution* OR service OR services OR setting* OR unit OR units OR ward* OR facilit* OR department*) NOT (survey* OR questionnaire* OR mobile population* OR mobile home* OR "Web of Science")	years 2008-2013
Pub-Med	("Internet"[Mesh] OR Internet[tiab] OR Online[ti] OR web[tiab] OR web based*[tiab] OR mobile*[tiab] OR "social media"[tiab] OR "Social media"[Mesh] OR wiki*[tiab] OR facebook[tiab] OR youtube[tiab] OR chat*[tiab] OR "Blogging"[Mesh] OR "web 2.0"[tiab] OR www[tiab]) AND ("Mental Health Services"[Mesh] OR "Psychiatric Nursing"[Mesh] OR "Mental Health"[Mesh] OR mental health*[tiab] OR psychiatric*[tiab]) AND (organization*[Affiliation] OR organization*[Affiliation] OR company*[Affiliation] OR center[Affiliation] OR centers[Affiliation] OR hospital[Affiliation] OR hospitals[Affiliation] OR institution*[Affiliation] OR service[Affiliation] OR services[Affiliation] OR setting*[Affiliation] OR unit[Affiliation] OR units[Affiliation] OR ward*[Affiliation] OR facilit*[Affiliation] OR department*[Affiliation] OR clinic*[Affiliation]) NOT (survey* OR questionnaire* OR mobile population* OR mobile home* OR "Web of Science")	years 2008-2013
Cinahl	((MH "Internet+") OR (TX "Internet") OR (TX "web") OR ("Online") OR (MH "World Wide Web+") OR (MH "Blogs") OR (MH "World Wide Web Applications+") OR (MH "Online Systems+") OR (TX "social media") OR (TX "wiki") OR (TX "facebook") OR (TX "youtube") OR (TX "chat") OR (TX "web 2.0") OR (TX WWW)) AND ((TX "patient education system") OR (TX "patient education systems") OR (TX "patient support systems") OR (TX "patient support systems") OR (MH "Patient Education+") OR (TX "patient education")) AND ((TX "mental health") OR (TX "psychiatric") OR (MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Services+") OR (MH "Psychiatric Nursing+"))	

LIITE 2. Tieteellisten julkaisujen hakuprosessi

Cinahl	(((MH "Internet+") OR (TX "Internet") OR (TX "web") OR (AB "Online") OR (TI "Online") OR (MH "World Wide Web+") OR (MH "Blogs") OR (MH "World Wide Web Applications+") OR (MH "Online Systems+") OR (TX "social media") OR (TX "wiki") OR (TX "facebook") OR (TX "youtube") OR (TX "chat") OR (TX "web 2.0") OR (TX WWW)) AND ((TX "mental health") OR (TX "psychiatric") OR (MH "Mental Health") OR (MH "Mental Health Services+") OR (MH "Psychiatric Nursing+")) AND ((TX "organization") OR (TX "organization") OR (TX "company") OR (TX "center") OR (TX "centers") OR (TX "hospital") OR (TX "hospitals") OR (TX "institution") OR (TX "service") OR (TX "services") OR (TX "setting") OR (TX "unit") OR (TX "units") OR (TX "ward") OR (TX "facility") OR (TX "department") OR (TX "clinic")))) NOT (survey* OR questionnaire* OR mobile population* OR mobile home* OR "Web of Science"))	years 2008-2013, English language, peer reviewed exclude Medline records
Web of Science	Title=(mental OR mental health OR psych* OR organization OR services OR institutions OR hospital OR settings OR unit OR ward OR center OR centres OR facilities OR department) AND Title=(information technology OR communication technology OR ICT OR technical means OR internet OR net* OR patient education OR device OR mobile OR telephone OR computerized OR computerized OR computer OR computer-based OR internet-based OR web-based OR web OR digital technologies OR electronic databases OR "patient education system" OR patient support systems) AND Title=(diffusion OR dissemination OR distribution OR dispersion OR adaptation OR utilization OR implementation OR initialization OR adoption OR spreading OR execution OR transformation OR integration OR apply)	English language, Research areas: health care sciences services or psychiatry or nursing, Data-bases: sci-expanded, ssci, a&hci, cpci-s, cpci-ssh
Scopus	((mental OR mentalhealth OR psych* OR organization OR services OR institutions OR hospital OR settings OR unit OR ward OR center OR centres OR facilities OR department) AND (information technology OR communication technology OR ict OR technical means OR internet OR net* OR patient education OR device OR mobile OR telephone OR computerized OR computerized OR computer OR computer-based OR internet-based OR web-based OR web OR digital technologies OR electronic databases OR "patient education system" OR patient support systems) AND (diffusion OR dissemination OR distribution OR dispersion OR adaptation OR utilization OR implementation OR initialization OR adoption OR spreading OR execution OR transformation OR integration OR apply)) AND (LIMIT-TO(SUBJAREA, "NURS")) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO(DOCTYPE, "re")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English")) AND (LIMIT-TO(PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2012))	
Cochrane	Internet* OR online* OR web* OR "web based" OR mobile* OR "social media" OR wiki* OR facebook* OR youtube* OR chat* OR Blogg* OR "web 2.0" OR www AND "Mental Health Services" OR "Psychiatric Nursing" OR mental health* OR psychiatric* AND organization* OR organization* OR company* OR center* OR hospital* OR c* OR service* OR setting* OR unit* OR ward* OR facilit* OR department* OR clinic*	

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

Tekijät, maa, vuosi	Tarkoitus	Aineisto, otos	Menetelmät	Keskeiset tulokset	Potilasopetusohjelma
Álvarez-Jiménez ym. 2012, Australia	Tarkastella internet-pohjaisten sovellusten mahdollisuuksia parantaa psykoosipotilaiden toimintakykyä.	Kirjallisuuskat-saus (n = 73)		Psyykosiin sairastuneet käyttävät Internetiä säännöllisesti ja internet-pohjaiset hoitomuodot ovat hyvin saatavilla sekä sairastuneille että heidän verkostolleen. Internetiä ei ole hyödynnetty psykoosin hoidossa. Internet-pohjaisten ohjelmien tarkoitus olisi täydentää nykyisiä hoitomalleja ja lisätä sosiaalista osallisuutta eikä korvata käytettävissä olevia resursseja. Innovatiiviset ja joustavat interventiot, jotka yhdistävät eri teknologioita, näyttöön perustuvan hoidon sekä vertais- ja ammatillisen tuen olisivat tehokkaita.	
Andersson ym. 2005, Ruotsi	Tutkia depression hoitoon tarkoitettua internet-pohjaisen itsehoito-ohjelman vaikutuksia, joka sisälsi osallistumisen internet-pohjaiseen keskusteluryhmään.	Depressiosta kärsiviä henkilöitä (n=117) etsittiin lehti-ilmoituksilla.	Kontrolloitu tutkimus. Satunnais-taminen internet-pohjaiseen itsehoito-ryhmään, jossa osallistuminen valvottuun keskusteluryhmään sekä osallistuminen pelkästään internet-pohjaiseen keskusteluryhmään. Arviointi 6 kk kohdalla.	Aktiivisella hoidolla, joka sisälsi standardoidun kognitiivisen käyttäytymisterapian lähestymistapoja, oli masennusoireita lievittävä vaikutus välittömästi ja 6 kk seurannan jälkeen. Myös ahdistuksen oireet helpottivat ja elämänlaatu kohosi. Kontrolliryhmässä, joka osallistui vain keskusteluryhmään, ei ollut vaikutusta depression oireisiin. Itsehoitoryhmään osallistumisella näyttäisi olevan vaikutusta keskusteluryhmään osallistumisessa, jossa on vähemmän toimintaa ja jotka saivat aktiivista hoitoa heti.	Kognitiivisen käyttäytymisterapian itsehoito perustui Beckin kognitiivisen hoidon periaatteisiin. Ohjelman aineisto koostui 89 sivusta tekstiä, jaettuna viiteen osioon: johdanto, aktivoituminen, kognitiivinen uudelleen järjestäytyminen, uni ja fyysinen terveys sekä sairauden uusiutumisen ehkäiseminen ja tulevaisuuden tavoitteet. Kunkin osion lopussa oli kysely sisältöön liittyen. Osioiden aineiston pystyi myös tulostamaan. Keskusteluryhmät olivat erillisiä ja sisällöltään erilaisia. Keskusteluryhmien sisältöä seurattiin tarkasti. Terapeutit vastasivat tarvittaessa kysymyksiin. Ohjelma laski osallistujan MADRS-pisteet depressio-tason selville saamiseksi.

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

<p>Anttila ym. 2008, Suomi</p>	<p>Kuvata hoitajien kokemuksia internetpohjaisesta potilasohjauksesta psykiatrisessa hoidossa.</p>	<p>Yhdeksän psykiatrisen sairaalan akuuttiosastoilta (n=89) hoitajaa.</p>	<p>Satunnaistaminen internetpohjaiseen potilasohjausryhmään ja tavanomaiseen potilasohjausryhmään .</p>	<p>Hoitajien kokemukset olivat sekä myönteisiä että kielteisiä. Hoitajat kokivat ohjelman lähentävän potilasta ja hoitajaa sekä mahdollistavan yksilöllisen potilasohjauksen toteutumisen. Ohjelman koettiin olevan aikaavievän.</p>	<p>MieliNet-sovellus on tarkoitettu skitsofreniaa tai muuta psykoosisairautta sairastaville potilaille. Sen tarkoitus on tukea potilaan itsehallinnan taitoja. Sovelluksen prosessit mm. kehittävät potilaan ongelmanratkaisutaitoja ja parantavat minäpystyvyyttä. Potilasopetus sisältää 5 aihealuetta. Yksityiskohtainen ohjaussisältö räätälöidään yksilöllisesti. Tieto perustuu näyttöön ja on helposti ymmärrettävää koskien vakavia psyykkisiä sairauksia ja niiden hoitoa, saatavilla olevaa päivittäistä ja sosiaalista tukea sekä tietoa potilaan oikeuksista. Tieto on potilaslähtöistä hyödynnettynä monipuolisilla esitystavoilla (teksti, ääni, kuviot, kuvat). Sovellus tarjoaa chat-mahdollisuuden vertaistukeen ja työkalun ammatilliseen apuun.</p>
<p>Baker & Ray 2011, USA</p>	<p>Tarkastella internetpohjaisten neuvontapalveluiden etuja ja haittoja ja ovatko ammatilliset ja tutkijat puolesta vai vastaan tällaista käytäntöä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus (n=28)</p>		<p>Mielenterveyspalveluiden tarjonta internetissä kasvaa. Toiminnan suurimmat ongelmat liittyvät oikeudellisuuteen ja eettisyyteen, jotka koskevat mm. lupa-asioita ja sääntelyä sekä riittämättömät riskianalyysit, kuten vaikeus tarkkaan asiakkaan tilanteen arvioimiseen henkilökohtaisen tapaamisen puuttuessa. Riskikartoituksia tulee tehdä, kehittää selkeitä menettelytapoja, keskittää tutkimusvoimavaroja määritettäessä internetpohjaisen neuvonnan tehokkuutta sekä luoda standardit parhaista käytänteistä tarjottaessa palveluja.</p>	

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

Barak & Grohol 2011, Israel	Tarkastella tutkimuksia internetpohjaisista mielenterveyden interventioista sekä tarkastella toiminnan tulevaa kehitystä.	Kirjallisuuskatsaus (n=234)		Interventioita on monenlaisia, kuten muuttumattomia psykoedukatiivisia verkkosivuja ja monimutkaisia, yksilöllisiä vuorovaikutteiseen kognitiiviseen käyttäytymisterapiaan perustuvia oma-apuohjelmia sekä videoneuvotteluja, oma-apatukiryhmiä, blogeja ja asiantuntijavetoisia verkkoterapioita. Tulevaisuudessa internetpohjaisia interventioita tulee olemaan enemmän ja käytössä ovat mm. videoneuvottelut, jotka lisäävät sen terapeutista arvoa. Tekstiviestien käyttö, matkaviestintä, älypuhelin sovellukset, pelit ja virtuaalimaailma laajentavat intervention uusiin ympäristöihin joita ei aiemmin pidetty edes mahdollisena.	
Barnes ym. 2011, UK	Kuvata uuden internetpohjaisen psykoedukaatio-ohjelman kehittäminen.	Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat. Palvelujen käyttäjiä ja mielenterveyden ammattilaisia rekrytoitiin julkisteilla ja kutsukirjeillä, jotka lähetettiin mielenterveysyksiköihin, psykiatrisiin sairaaloihin ja avohoitoon, järjestöihin.	3-vaiheinen ohjelman kehittäminen: kirjallisuuskatsaus, ohjelman luonnoksen kehittäminen ja mielenterveysalan ammattilaisten sekä palvelunkäyttäjien fokusryhmähaastattelut.	Aineisto korosti että ohjelma olisi hoidon tukena, sisältäen todenperäisiä tarinoita ja positiivisia roolimalleja eri tavoin esitettynä. Ohjelman odotettiin lisäävän kontrollin tunnetta, vähentävän leimautumista ja auttavan tukiverkostoa ymmärtämään sairastunutta paremmin. Käyttäjälähtöinen kehittämisprosessi toi esille käyttäjien tarpeita ja toiveita sekä toivottuja tuloksia	BeatingBipolar-ohjelman alueet: <ol style="list-style-type: none"> 1. Tietoa sairaudesta 2. Tietoa sairauden syistä 3. Lääkitys 4. Elämäntapa 5. Relapsien ehkäisy ja varhainen puuttuminen 6. Psykologinen lähestymistapa 7. Tukiverkosto 8. Naiset ja kaksisuuntainen mielialahäiriö

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

Burns ym. 2011, USA	Tutkia matkapuhelin- ja internet-pohjaisen Mobilyze!-ohjelman teknistä toteutettavuutta, toimintavarmuutta ja potilastyytyväisyyttä.	n= 8 vakavasta ma-sennuksesta kärsivää aikuista.	8 viikkoa kestävä Mobilyze!-pilottitutkimus sisälsi matkapuhelintunnistuksen ja intervention ja vuorovaikutteisen verkkosivuston käyttäytymisvalmennuksen sekä sähköposti- ja puhelintuen kullekin osallistujalle.	Osallistujat olivat tyytyväisiä matkapuhelinsovellukseen. Itseilmoitetut ja haastatellen esille saadut masennusoireet paranivat merkittävästi. Vakavan masennustilan diagnostiset kriteerit jäisivät todennäköisesti täyttymättä osallistujien kohdalla. Samanaikaiset ahdistuneisuusoireet myös vähentyivät.	
de Beurs ym. 2011, Hollanti	Kuvata käytännön kokemuksia internetpohjaisesta hoidon arviointimenetelmästä	Tutkimusartikkeli. RCTtutkimus.		ROM-ohjelman käyttöä tutkimuksessa kuvataan esittämällä osallistuneiden potilaiden diagnostisia tietoja ja hoitotuloksia paniikkihäiriöisistä potilaista. Tulosten mukaan ROM-ohjelma on käyttökelpoinen ja terapeutit pitävät sitä tärkeänä klinisen työn lisänä.	ROM-ohjelma on suunniteltu systemaattiseen tiedon keräämiseen hoidon tehokkuudesta. ROM sisältää hoidon systemaattisen arvioinnin dokumentointia. Lähtötasoarviointi suoritetaan haastatellen, valmiilla mittareilla ja potilaan itsetäyttämällä mittareilla. Mittaukset toistetaan tietyn ajan päästä. Internet-pohjainen ohjelma antaa tietoa sairaudesta ja hoidon aikaisesta oirehinnasta. Tutkijat voivat hyödyntää ohjelmaa vaikuttavuustutkimuksissa ja johtajat benchmarkauksessa.

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

<p>Farvolden ym. 2009, Kanada</p>	<p>Artikkelissa kuvataan erilaisia sähköisen terveydenhuollon ohjelmia sekä niiden käyttöä, kehittämistä ja käyttäjätietoja.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus (n53)</p>		<p>Asiantuntija-moderoidut internetissä toimivat sosiaaliset verkostot (tukiryhmät), voisivat tarjota työkaluja motivoimaan potilaita osallistumaan itsehoitoon ja hakemaan ammattiapua. Vapaa pääsy sosiaaliseen verkostoon voisi tuoda merkittäviä etuja kansanterveydelle ja vähentää mielenterveysongelmia koskevien hoitojen määrää ja kestoja sekä vähentää terveydenhuoltojärjestelmään ja työntekijöihin kohdistuvaa taloudellista painetta. Internet antaa käyttäjille mahdollisuuden etsiä vapaasti tietoa ilman rajattuja istuntoja tai viikko-ohjelmia.</p>	
<p>Griffiths & Christensen 2007, Australia</p>	<p>Tarkastella, kahta esimerkkiä käyttäen, internet-pohjaisen depressioterapiaohjelman hyödyllisyyttä maaseutualueilla.</p>	<p>n=12 raporttia yhdeksästä erillisestä tutkimuksesta liittyen MoodGYM- ja Blue-Pages-ohjelmiin, joissa otoskoon vaihteluväli 78-19 607.</p>		<p>Internet-pohjaiset sovellukset vähensivät tehokkaasti masennusoireita ja leimaavia asenteita masennusta kohtaan. Masennuksen oma-apuohjelmia voidaan toteuttaa tehokkaasti internetissä. Internet voisi tarjota merkittävän foorumin masennuksen hoitoon maaseutualueilla. Ohjelmien kehittämistä maaseudun tarpeisiin tulisi harkita.</p>	<p>BluePages-internetsivu tarjoaa tietoa masennuksesta. Sivulla on lääketieteellistä, psykologista ja vaihtoehtoisia masennuksen interventioita. Se sisältää myös interaktiivisia ahdistuneisuus- ja masentuneisuustestejä, tietoa masennuksen diagnosoinnista, lisätietolinkejä, ladattava rentoutusnauha sekä pääsyn kansainvälisille masennussivuille. MoodGYM-sivu tarjoaa automatisoitua kognitiivisbehavioristista terapiaa. Ohjelman voi suorittaa ilman ammattilaisen apua tai ammattilaisen valvoessa. Ohjelmassa on 5 osiota ja tehtäväkirja, jotka sisältävät kognitiivista uudelleen suuntautumista, käyttäytymisterapiaa, itsevarmuus- ja itsentuntokoulutusta ja ongelmanratkaisua.</p>

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

<p>Holmberg & Kähkönen 2011, Suomi</p>	<p>Kuvata kognitiivisen verkkoterapian käyttöä psykiatristen häiriöiden hoidossa.</p>	<p>Katsaus (n=31)</p>		<p>Kognitiivinen verkkoterapia koostuu usein psykoedukaatiosta, harjoitustehtävistä ja oireiden uusiutumisen ehkäisystä. Se on tehokas erityisesti depression, sosiaalisten tilanteiden pelon ja paniikkihäiriön hoidossa.</p>	<p>Internet-pohjaiseen itseapuhjelmaan rekisteröidytään. Viikoittain luetaan valittuja ohjelmia ja ollaan sähköpostitse yhteydessä tukihenkilöön. Ohjelman osiot sisältävät spesifiin ongelmaan liittyen tietoa ja käytännön harjoituksia, kuten ongelmatilanteissa esiintyvien reaktioiden tunnistamista ja muokkaamista. Jokaisen oppimisosion jälkeen tukihenkilö antaa palautteen ja salasanan seuraavaan osioon. Hoito kestää 10 viikkoa. Alun osiot käsittelevät psykoedukaatiota, keskeisimmät harjoitustehtäviä ja lopussa repsahduksen ehkäisyä. Edellyttää potilaalta aktiivista osallistumista eikä korvaa tavanomaista terapeutista vuorovaikutusta.</p>
<p>Im & Chang 2013, USA</p>	<p>Tunnistaa internet-pohjaisten hoitotyön auttamiskeinojen heikkouksia ja vahvuuksia.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaukseen artikkelit (n=95) haettiin tietokantahakuina Cinahlistasta, PubMedista ja Psyc-INFOn sekä järjestettiin tutkimusaiheen mukaan.</p>		<p>Vahvuudet: Internet-pohjaisia hoitotyön auttamiskeinoja on monella alueella, joista monet pohjautuvat teoriaan. Ohjelmien käyttö on joustavaa ja vaivatonta. Ne toisivat yhdenmukaisuutta auttamismenetelmiin ja olisivat edullisia aloituskustannuksiltaan. Heikkoudet: Internet-pohjaisia hoitotyön auttamiskeinoja koskevien tutkimusten osallistujat ovat valikoituja, he eivät sitoudu tutkimukseen ja keskeyttämisen prosentit ovat korkeat.</p>	

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

Meglic ym. 2010, Slovenia	Arvioida internetpohjaista interventiota masentuneen potilaan hoidossa.	(n=46) depressiopotilasta.	Pilottitutkimus jossa kaksi potilasryhmää. Toinen ryhmä sai tavanomaista hoitoa ja toinen internetpohjaisen intervention mukaan.	Interventio tuki potilaiden hoitoa. Tulosten mukaan interventiolla on mahdollista parantaa sekä lääkehoitoon sitoutumista että hoitotason paranemista mukaan lukien masennuksen vaikeusasteen lieventyminen ja hyvinvoinnin koheneminen.	
Melling & Houquet-Pincham 2011, Australia	Tarkastella internetpohjaisten vertaistukipalveluiden tehoa masennusta sairastaville.	Kirjallisuuskat-saus (n = 15)		Masentuneet potilaat hyötyvät internetpohjaisista vertaistukipalveluista. Mahdollisuus saada tietoa ja tukea sekä sosiaalisia suhteita.	
Meyer ym. 2009, Saksa	Arvioida internetpohjaisen Deprexis-ohjelman tehokkuutta.	Depressiota sairastavia (n=396) aikuisia. Rekrytointi internetin masennuskeskustelusivuilla.	Kokeellinen tutkimus. Satunnaistaminen internetpohjaiseen 9 viikkoa kestävään itsehoitoryhmään ja kontrolliryhmään.	Internetpohjainen interventio vähensi masennusoireita ja paransi sosiaalista toimintakykyä. Havaintojen perusteella ohjelma voisi toimia masennuksen oireista kärsivien potilaiden hoidon lisänä.	Interventio koostui 10 osiosta, edustaen eri psykoterapeuttisia lähestymistapoja sekä yhdestä johdanto -ja tiivistelmäosiosta. Osioiden kesto 10-60 min, riippuen käyttäjän lukunopeudesta, kiinnostuneisuudesta, motivaatiosta ja valitusta ohjelmapolusta. Osiot ovat simuloituja vuoropuheluja, joissa selitetään ja havainnollistetaan käsitteitä ja tekniikoita sekä opastetaan käyttäjää harjoitteisiin. Jatkossa sisältö muokkautuu käyttäjän vastausten mukaan. Kaikkiin osioihin on liitetty esimerkkejä, kuten piirustuksia, valokuvia ja animaatioita. Osioiden sisältö pohjautuu erilaisiin terapioihin, jotka ovat yhdenmukaisia kognitiivisen käyttäytymisterapian kanssa. Ohjelma ei kuitenkaan rajoitu CBT-käsikirjaan.

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

<p>Proudfoot ym. 2007, Australia</p>	<p>Raportoida kaksisuuntaiseen mielialahäiriöön tarkoitettua internet-pohjaisen opetusohjelman käyttötietoja ja käyttäjien ominaisuuksia ensimmäisen 6 kk ajalta. Yleiskuva kokeellisesta tutkimuksesta, joka arvioi ohjelman vaikutuksia.</p>	<p>Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavat potilaat ja heidän verkostonsa sekä terveydenhuollon ammattilaiset.</p>	<p>Ohjelma esitettiin kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavilla. Seuraavaksi ohjelmaa muokattiin 6 kk käyttötietojen perusteella, jotka sisälsivät käyntimääriä, tiedot sivulatauksista ja aloitetuista istunnoista. Seuraavassa vaiheessa kokeellisella tutkimuksella arvioidaan opetusohjelman vaikutuksia.</p>	<p>Vapaasti käytettävissä olevalla sivustolla käyttäjät (n > 8000) olivat kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavia ja heidän verkostoaan sekä terveydenhuollon ammattilaisia.</p>	<p>Helppokäyttöisen, aikuisille ja nuorille suunnatun ohjelman tarkoituksena on tarjota laadukasta ja näyttöön perustuvaa tietoa kaksisuuntaisesta mielialahäiriöstä. Ohjelma sisältää käytännön neuvoja ja vertaistukea. Materiaali on jaettu 9 osioon, sisältäen yhteensä 149 kuvaketta. Osiot sisältävät terveydenhuollon asiantuntijan audiovisuaalisen esityksen, asiantuntija-haastattelun ja tunnetun henkilön vertaistukinäkökulman sekä tulosteet. Osioiden järjestystä voi vaihdella, kesto vaihtelee 5-25 minuuttia. Ohjelman tarkoitus on tarjota tietoa eikä se ole hoitoa.</p>
<p>Reynolds ym. 2011, Australia</p>	<p>Tarkastella ahdistuneisuutta ja depressiota koskevan sähköisen terveydenhuollon tarjoamia mahdollisuuksia joiden käyttöön yleislääkärit voisivat ohjata.</p>	<p>Kirjallisuuskatsoaus (n=33)</p>		<p>Diagnostisen arvion jälkeen ja parhaaseen näyttöön perustuvan virallisen hoidon lisänä. Ahdistuneisuutta ja depressiota sairastavat potilaat hakevat tietoa ja vertaistukea internetistä. On näyttöä aikuisten oire- ehkäisy- ja hallintaohjelmien tehokkuudesta</p>	

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

<p>Rotondi ym. 2010, USA</p>	<p>Tarkastella skitsofreniaa sairastavien ja heidän tukiverkostonsa internet-sivuston käyttöä</p>	<p>Skitsofreniaa tai skitsoaffektii-vista häiriötä sairastavia potilaita (n=31) ja heidän tukihenkilöitä (n=24) mielenterveyskeskuksista ja sairaalaoosastoilta</p>	<p>Kontrolloitu tutkimus. Satunnais-taminen sähköiseen potilasopetusryhmään ja tavanomaiseen hoitoon. Arviointi 3, 6 ja 12 kk kohdalla.</p>	<p>Sähköiseen potilasopetusryhmään osallistuneiden skitsfreniapotilaiden positiiviset oireet vähenivät merkittävästi ja tieto skitsofreniasta lisääntyi merkittävästi verrattuna kontrolliryhmään (tavanomainen hoito). Sähköiseen potilasopetusryhmään osallistuneiden tukihenkilöiden tieto skitsofrenian ennusteesta lisääntyi merkittävästi. Sähköiseen potilasopetusryhmään osallistuneet skitsofreniapotilaat käyttivät huomattavasti enemmän sähköistä potilasohjelmaa kuin kontrolliryhmä.</p>	<p>SOAR-internetohjelma tarjosi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, kannustavan turvaverkon ja selviytymisstrategioita. Ohjelman formaatti ja auttamiskeinot olivat selkeät ja helppokäyttöiset kognitiivisista puutoksista kärsiville. Ohjelma sisälsi vertaistuki- ja tukiverkosto-osiota sekä opetti ja rohkaisi ongelmanratkaisuun, jossa tarkastellaan omia henkilökohtaisia tarpeita ja pyritään saavuttamaan henkilökohtaisia tavoitteita. Ongelmanratkaisutaito laskee stressiä ja edistää sopeutumista sairauteen liittyviin vaikeuksiin. Ohjelma sisälsi osiota, jotka korostivat sosiaalista tukea ja oppimista.</p>
<p>Ruwaard ym. 2009, Hollanti</p>	<p>Arvioida terapeutin ohjaaman internetpohjaisen kognitiivisen käyttäytymisterapian tehokkuutta lievää tai keskivaikeaa masennusta sairastavien kohdalla.</p>	<p>Kroonista keskivaikeaa depressionia sairastavia (n=54). Rekrytointi julkaisemalla tutkimusartikkeli sanomalehdessä, viitaten internet-sivustoon, joka liittyi depression ja sen hoitoon, selittäen tutkimustuloksia. Yhteydenotto-lomake.</p>	<p>Kokeellinen vaikutus-tutkimus. Satunnais-taminen koe- ja kontrolliryhmään.</p>	<p>Internet-pohjainen ohjelma vähensi kliinisesti merkittäväällä tavalla depression ja ahdistuneisuuden oireita sekä lisäsi hyvinvointia. Seurannan mukaan vaikutukset olisivat pysyviä. Osallistujat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja terapeuttiin henkilökohtaisen kontaktin puuttumisesta huolimatta.</p>	<p>Internet-pohjainen CBT-ohjelma pohjautuu kognitiivisen käyttäytymisterapian menetelmiin. Ohjelma käsittää kotitehtäviä ja säännölliset terapeutin kanssa tapahtuvat internetistunnot. Kotitehtävät toteutetaan vuorovaikutteisena työkirjana, jota terapeutit hyödyntävät palautteen ja lisäohjeiden antamiseen. Internetistunnot eivät tapahdu reaaliajassa, jolloin terapeutin on mahdollista saada niin tarvittaessa ohjausta osallistujan asioihin liittyen. Terapia on kokonaiskestoltaan 11 viikkoa. Eteneminen on mahdollista myös osallistujan tahtiin. Osallistujalta se vaatii 2-4 h viikossa ja terapeutilta 20-40 min palautteen antoon.</p>

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

<p>Simon ym. 2011, USA</p>	<p>Arvioida lisääkö verkossa tapahtuva vertaistuki-ohjaus osallistumista internet-pohjaisiin ohjelmiin, joissa on ohjausta ja interaktiivisia osioita, joiden tarkoitus on edistää potilaan vastuuta kaksisuuntaisen mielialahäiriön hoidossa.</p>	<p>Kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavaa (n=118) rekrytoitiin internetsivuston ja henkilökohtaisten tukiryhmien kautta sekä hoitopaikkojen, jotka käyttivät MyRecovery-Plan-ohjelmaa.</p>	<p>Satunnaistaminen kahteen ryhmään, joista toinen sai ohjausta vertaistuki-asiantuntijalta.</p>	<p>Verkossa tapahtunut vertaistukiohjaus lisäsi merkittävästi sekä osallistumista että sitoutumista ohjelmaan. Lisätutkimusta tarvitaan arvioimaan ohjelman vaikutuksia kliinisten tuloksiin ja sairaudesta toipumiseen.</p>	<p>MyRecoveryPlan on interaktiivinen internet-pohjainen ohjelma, joka tukee kaksisuuntaista mielialahäiriötä sairastavien toipumista. Ohjelma on käyttäjakeskeisesti suunniteltu. Osiot sisältävät tietoa, diaesityksiä ja lyhyitä videoesityksiä toipumisesta, arvion henkilökohtaisesta toipumissuunnitelmasta tavoitteineen ja itsehoitosuunnitelmineen, luoden henkilökohtaisen tukijärjestelmän, jossa seurataan hyvinvoinnin merkkejä ja tunnistetaan varomerkkejä sekä hallitaan stressiä ja luodaan suunnitelma oireiden lisääntymisen varalle.</p>
<p>Steinwachs ym. 2011, USA</p>	<p>Arvioida internet-pohjaista ohjelmaa, jonka tarkoitus on auttaa skitsofreniapotilaiden kommunikointia terveydenhuollon ammattilaisten kanssa näyttöön perustuvia hoitoja koskien.</p>	<p>Skitsofreniaa sairastavia (n=50) polikliinisiä potilaita ja terveydenhuollon eri ammattiryhmien edustajia (n=19).</p>	<p>Kokeellinen tutkimus. Satunnaistaminen hoitoryhmään, jossa käytettiin interaktiivista internet-pohjaista interventiota ja kontrolliryhmään, jossa esitettiin ohjausvideo skitsofrenian hoitoon liittyen.</p>	<p>Internet-pohjaisen ohjelman myötä skitsofreniaa sairastavat potilaat sitoutuivat enemmän potilaslähtöiseen dialogiin/vuoropuheluun koskien omaa hoitoaan.</p>	<p>YourSchizophreniaCare-verkko-opetusohjelma käsittää kuusi hoidon aluetta – lääkitys, sivuvaikutukset, läheteet, perheen tuki, työllistyminen ja elämänlaatu. Ohjelman kesto on n. 20 min. Kullakin alueella potilaat kuvaavat senhetkistä vointiaan ja hoitoaan, jonka perusteella yksilöllinen palaute annetaan. Kysymykset koskevat esimerkiksi lääkityksen sivuvaikutuksia, levottomuutta tai hermostuneisuutta, joista rohkaistaan keskustelemaan seuraavassa hoitotapaamisessa. Palautetta täydennetään videotallenteilla, jotka mallintavat viestintästrategioita- ja taitoja, antaen esimerkkejä arkaluontoisten asioiden puheeksiottamisesta.</p>

LIITE 3. Tutkimukseen valittujen julkaisujen kuvaustaulukko

Straten ym. 2008, Hollanti	Tutkia vähentääkö internetpohjainen itseapuhjelma depressiota, ahdistuneisuutta ja työperäistä stressiä (burn-out).	(n=213) osallistujaa rekrytoitiin internetpohjaisilta itseapuvuostoilta ja sanomalehdistä.	Satunnaistaminen hoito- ja kontrolliryhmään. Hoitoryhmän kesto 4 viikkoa, sisältäen tehtäviä ja palautetta.	Tilastollisesti ja kliinisesti merkittäviä tuloksia masennuksen ja ahdistuneisuuden oireisiin. Vaikutukset olivat selvempiä niillä, joilla oli jo alussa ongelmia. Vaikutukset työperäiseen stressiin ja elämänlaatuun olivat epäselviä. Tulokset ovat lupaavia etenkin masennuksen ja ahdistuneisuuden oireiden osalta.	
Välimäki ym. 2008, Suomi	Kuvata potilaskeskeisen internetpohjaisen ohjelman suunnittelu ja kehitysprosessi.		4-vaiheinen prosessi: analyysi käyttäjien tarpeista, keskeisten potilastietojen kehittäminen, ohjelmiston ensimmäisen version kehittäminen ja verkkopalvelun pilotointi sekä terveydenhuollon henkilöstön suorittama käyttäjäarviointi	Tietokonepohjainen tukijärjestelmä on lupaavaa terveyttä edistävä palvelu skitsofreniapotilaille. Teknologian yhdistäminen kehitysprosessiin takaa sivuston käyttäjystävällisyyttä, tietojen henkilöimistä ja psyykkisesti sairaan potilaan äänen esiintulemista potilasohjausta kehitettäessä.	MieliNet-ohjelma sisältää 5 osiota: sairaus, hoito, hyvinvointi, päivittäinen toiminta ja potilaan oikeudet. Sairausosiossa on tietoa skitsofreniasta ja yleisesti psykoosista. Hoito-osiossa on tietoa hoito- ja kuntoutusmahdollisuuksista. Hyvinvointiosiossa on tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta, lääkityksestä ja seksuaalisuudesta. Päivittäistoimintojen osiossa on tietoa sairaalahoidon ja kotiutumisen aikaisista tarpeista. Potilaan oikeudetosiossa on tietoa potilaan asemasta ja oikeuksista.
Zaluska ym. 2008, Puola	Arvioida ICAR – ohjelman (Internet Communication and Active Rehabilitation) hyödyllisyyttä psykiatriassa kuntoutuksessa.	Mielenterveyshäiriöitä sairastavia potilaita (n=44).	Satunnaistaminen kahteen ryhmään. Tutkimusryhmä osallistui ICARohjelmaan (n=22). Verrattiin tietokone- ja internettaitoja, sosiaalista toimintakykyä, mielen-terveyden ja elämänlaadun itsearviointia.	ICAR-ohjelmaan osallistuneet raportoivat internet- ja atk- taitojen ja motivaation lisääntyneen merkittävästi. 11 kk seurantajakson aikana sairaalajaksojen määrä väheni mutta ei merkittävästi. Sosiaalinen toimintakyky ei kohentunut merkittävästi. Itsearvioitu elämänlaatu kohosi molemmissa ryhmissä.	

LIITE 4. Kutsukirje seminaariin

Mielenterveysasiakkaat ja verkko-opetuksen uudet haasteet

Kansallinen verkostohanke mielenterveysasiakkaiden potilasopetuksesta Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella **perjantaina 3.5.2013 klo 9-15**

Tarvitsevatko mielenterveysasiakkaat arkipäivän selviytymiseen tukea ja opetusta? Onko mielenterveysasiakkaiden opetus ylipäätään vaikuttavaa? Mitä on potilasopetus ja miksi sitä tarvitaan?

Terveyttä koskevan tiedon luotettavuus, helposti saavutettava tuki sekä tutkimukseen perustuva tieto painavat vaakakupissa mielenterveysasiakkaiden itsenäisessä selviytymisessä ja hyvässä hoidossa. Kutsummekin Teidät mukaan kehittämään kanssamme potilasopetusta.

Kansallinen verkostohanke mielenterveysasiakkaiden potilasopetuksesta alkaa Turun yliopiston hoitotieteen laitoksella **perjantaina 3.5.2013 järjestettävässä `Mielenterveysasiakkaan opetus verkossa`**- tapahtumassa. Päivän ohjelma on liitteenä.

Verkostohankkeen lähtölaukauksena pääsette kuulemaan alan kansainvälisiä ja kotimaisia huippuasiantuntijoita potilasopetuksesta ja käytännön kokemuksista sekä asiakkaiden näkemyksiä luotettavan tiedon hyödyistä.

Kerromme myös Teille tarjoamistamme jatkoyhteistyömahdollisuuksista sekä potilasopetuksen käytännön sovelluksista verkossa.

Ennen tapahtumaa voitte käydä tutustumassa vasta julkaistuihin verkkosivuihimme osoitteessa www.edumental.fi

Olette lämpimästi tervetulleita seminaariimme sekä yhteistyöhön asiakkaiden ja omaisten hyvinvoinnin kehittämiseksi mielenterveystyössä.

Osallistuminen on maksutonta. Ilmoittautumisohjeet löytyvät oheisesta ohjelmasta.

Kiirehdi, sillä paikkoja on rajoitetusti!

EduMental-hankkeen työryhmän puolesta

Professori Maritta Välimäki

Lisätietoja Minna Anttila (minna.anttila@utu.fi) ja Jukka Pulkkinen (jukka.pulkkinen@utu.fi)



Mielenterveysasiakkaan opetus verkossa, seminaari 3.5.2013

1. Palaute päivästä

2. Kuinka tärkeänä pidät MieliNet-palvelua?

- Erittäin tärkeä
- Tärkeä
- Ei tärkeä eikä tarpeeton
- Melko tarpeeton
- Tarpeeton

3. Haluaisitko tutustua MieliNet-sivustoon viikon ajan ajalla 20.-24.5.2013?

- Kyllä
- Ei

4. Ilmoittaudn vapaaehtoisena mukaan MieliNet –pilottiin (verkkokurssi ja potilasopetus verkossa)

- Kyllä
- Ei

5. Kuinka paljon olisit valmis maksamaan palvelusta organisaatiossasi?

_____ € 6 viikon verkkokurssi potilasopetuksesta

_____ € nettisivuston käytöstä / kk

Osallistujan nimi _____

Organisaatio _____

Sähköposti ja puhelin _____

LIITE 6. Analyysiprosessi alkuperäisistä ilmauksista aineiston pelkistämiseen ja alaluokkien sekä yläluokan muodostamiseen

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>"Tietotekniikka käytetään yhä enemmän, yhä suuremmalla osalla ihmisistä on käytössä tietokone töissä sekä kotoa." (6)</p> <p>"Yhä suuremmalla joukolla on positiivinen asenne tietotekniikkaa kohtaan ja sen tuomiin mahdollisuuksiin." (6)</p>	<p>Yhä useammalla on tietokone käytettävissä.</p> <p>Yhä useamman asenne tietotekniikkaa kohtaan on positiivinen.</p>	Tietotekniikan yleisyys.	
<p>"Potilailla ja henkilökunnalla suhteellisen hyvät ATK (internetin käyttö)- taidot." (1)</p> <p>"Ollaan tekemisissä etenkin nuorten kanssa ympäristössä ja tavassa viestiä, jotka ovat heillä paljon käytössä." (4)</p> <p>"Osa potilaista on nuoria, joille tietotekniikka on itsestäänselvyys." (5)</p> <p>"Nuoret, tietotekniikkaa osaavat potilaat saattavat motivoitua potilasopetukseen, koska opetuksen apuvälineenä käytetään tietotekniikkaa". (5)</p> <p>"Toisilla potilailla hyvät it- taidot, rooli ohjaajaan muuttuu. Potilaan itsetunto vahvistuu." (8)</p>	<p>Potilaiden ja hoitajien hyvät ATK- ja internet- taidot.</p> <p>Tietotekniikan käyttö luontevaa.</p> <p>Tietotekniikan käyttö luontevaa.</p> <p>Tietotekniikan käyttö luontevaa.</p> <p>Potilaiden hyvät it- taidot.</p>	Hyvät tietotekniset taidot.	Potilasopetuksen tehostuminen
<p>"Luotettavaa tietoa yhdeltä sivustolta." (1)</p> <p>"Kätkee uumeniinsa valtavasti tietoa ja linkkejä tiedon lähteille." (2)</p> <p>"Opetusmenetelmän keskeisimpiä vahvuuksia omasta mielestäni ovat tiedon luotettavuus." (3)</p> <p>"Nopea, ajantasalla oleva tiedon saanti." (5)</p> <p>"Potilaiden saama tieto ajankohtaista ja monipuolista." (8)</p>	<p>Tiedon luotettavuus.</p> <p>Tietoa ja linkkejä paljon.</p> <p>Tiedon luotettavuus.</p> <p>Ajantasaisen tiedon saatavuus.</p> <p>Ajankohtainen ja monipuolinen tieto.</p>	Sovelluksen luotettava ja monipuolinen tieto	

LIITE 6. Analyysiprosessi alkuperäisistä ilmauksista aineiston pelkistämiseen ja alaluokkien sekä yläluokan muodostamiseen

<p>"Järjestelmä tuntuu aiemman kokeilun perusteella käyttöliittymältään riittävän yksikertaiselta." (2)</p> <p>"Ohjelman looginen aiheiluokittelu." (3)</p> <p>"Ei olla sidottuja paikkaan ja aikaan; kysymyksiä voi tehdä milloin asia nousee mieleen ja hoitaja voi vastata, kun hänellä on aikaa." (4)</p> <p>"Tulee käytyä asioita läpi muutenkin kuin suullisesti; kirjoittaminen avaa erilaisia väyliä mieleen ja sen avulla asioihin voi saada lisää ymmärrystä ja oivalluksia." (4)</p> <p>"Nopea, ajantasalla olevan tiedon saanti mihin vuorokauden aikaan tahansa." (5)</p>	<p>Järjestelmän yksinkertainen käyttöliittymä.</p> <p>Ohjelman loogisuus.</p> <p>Kysymysten ja asioiden käsittely joustavaa.</p> <p>Asioita voi käydä läpi useammalla tavalla.</p> <p>Ajantasaista tietoa voi hake milloin vain.</p>	<p>Sovelluksen yksinkertainen ja joustava käyttö</p>	
--	--	--	--

LIITE 7. Koekäyttäjien kuvaamien potilasopetustilanteiden analyysiprosessin eteneminen

Yläluokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alaluokka
Potilasopetus-ympäristö	"Tila oli riittävän iso ja rauhallinen". (8) "Paikka oli kuitenkin rauhallinen". (5) "Ympäristössä ei ollut häiriötekijöitä". (6) "Tila oli tarkoitukseen sopiva." (2)	Hyvä tila Rauhallinen tila Rauhallinen tila Hyvä tila	Rauhallinen opetustila
	"Ohjelmaa olisi hyvä käydä läpi siten että näytön saisi näkymään televisioruudulta. Näyttö saatiin kuntoon ajoissa." (8) "Siellä oli mahdollisuus käyttää sellaista verkkoyhteyttä, joka on tarpeeksi nopea." (5) "Laitteet toimivat". (2)	Iso näyttö Nopea verkkoyhteys Tietokone toimii	Toimivat välineet
Potilaan yksilöllisyys	"Potilas haki myös itse tietoa häntä kiinnostavista asioista esim. vertaistuesta". (7) "Eniten haluaa tietoa lääkkeistä ja vertaistuesta." (3) "Potilas valitsi aiheeksi hoito ja kuntoutus osion". (1) "Aiheet valittiin potilaan toiveiden mukaan... ja käytiin läpi osiot, jotka potilasta kiinnostivat". (8) "Potilas oli ennen kaikkea kiinnostunut tieto osuudessa koulutus mahdollisuuksista sekä mahdollisesta työpaikan hankkimisesta." (6) "Molempien potilaiden kanssa löytyikin pian aihealueet, joissa heillä oli ongelmia tai tarve saada lisätietoa". (2)	Potilaan kiinnostus Potilaan kiinnostus Potilaan kiinnostus Potilaan kiinnostus Potilaan kiinnostus Potilaan kokemat ongelmat ja lisätiedon tarve	Potilaan yksilölliset tiedon tarpeet

LIITE 7. Koekäyttäjien kuvaamien potilasopetustilanteiden analyysiprosessin eteneminen

	<p>"Potilas oli taitava ja tottunut käyttämään tietokonetta." (7) "Potilaalla on itselläänkin läppäri, joten tietokoneen/sivuston käyttö ei ollut hänelle ongelmallista." (1) "Potilas oli kokenut tietokoneen käyttäjä ja osasi neuvoa minua esim. lomakkeiden tallennuksessa." (8) "Potilas osaa käyttää tietokonetta ja nettiä." (5) "Potilas osasi käyttää hyvin tietokonetta ja oli siinä näppärä." (6) "Hänen tietokoneenkäyttötaitonsa on hyvä ja internetin käyttö tuttua". (2)</p>	<p>Potilas tottunut käyttämään tietokonetta Potilas tottunut käyttämään tietokonetta Potilas tottunut käyttämään tietokonetta Potilas tottunut käyttämään tietokonetta ja internetiä Potilas tottunut käyttämään tietokonetta ja internetiä</p>	<p>Potilaan hyvät ATK-aidot</p>
	<p>"Potilas oli kiinnostunut työskentelystä MieliNet-ohjelmaa käyttäen." (7) "Potilas suhtautui MieliNettiin positiivisesti." (3) "Potilas oli erittäin motivoitunut ja kiinnostunut Mieli.Net sivustosta ja oppi heti sen käytön." (5) "Potilas oli kiinnostunut tällä tavoin saamastaan opetuksesta." (6)</p>	<p>Potilas oli kiinnostunut työskentelytavasta Potilas suhtautui posit. opetusmenetelmään Potilas oli motivoitunut ja kiinnostunut opetusmenetelmästä Potilas oli kiinnostunut opetusmenetelmästä</p>	<p>Potilaan kiinnostuneisuus opetusohjelmasta</p>

LIITE 7. Koekäyttäjien kuvaamien potilasopetustilanteiden analyysiprosessin eteneminen

<p>Potilaan ja hoitajan välinen vuoro-vaikutus</p>	<p>"Potilas lähti kuitenkin lyhyen alustuksen jälkeen hyvin tilanteeseen mukaan." (7) "Pyysin potilasta klikkailemaan osiot läpi niin että näimme valikot otsakkeiden alta." (3) "Menimme sivustoa yleisellä tasolla läpi, eli mitä sieltä löytyy ja miten sivustolla liikutaan. Tutkimme yhdessä myös linkkejä, missä oli erilaisia testejä." (5) "Kerroin keskustelupalstasta ja chat mahdollisuudesta." (1) "Kerroin heille MieliNetin periaatteet ja loimme yhdessä katsauksen järjestelmän rakenteeseen ja sisältöön." (2)</p>	<p>Hoitaja kertoo ohjelmasta Hoitaja ohjeistaa ohjelman käyttöön Yleiskuvan saaminen ohjelmasta Hoitaja kertoo ohjelmasta Hoitaja kertoo ohjelmasta Yleiskuvan saaminen ohjelmasta</p>	<p>Hoitajan rooli opetustilanteessa</p>
	<p>"Osuutta käytettiin keskustelun tueksi." (7) "Aiheet kuitenkin käytiin läpi ja niiden myötä kävimme paljon keskustelua." (1) "Joistain asioista syntyi paljon keskustelua. Tuli esiin asioita, jotka ovat sairaalahoidon aikana jääneet mietityttämän." (8) "Aiheista syntyiikin vilkas keskustelu pohtiessamme yhdessä käytännön ratkaisumalleja ja keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi." (2)</p>	<p>Ohjelma keskustelun tukena Ohjelma keskustelun tukena Ohjelma keskustelun tukena Ohjelma nosti esiin tärkeitä asioita Ohjelma keskustelun tukena</p>	<p>Opetusohjelman rooli opetustilanteessa</p>