

Sähköisten mielenterveyspalveluiden valtakunnallinen levittäminen ja käyttöönotto

Terttu -hankkeen loppuraportti

Tero Laiho
Eero-Matti Koivisto
Jan-Henry Stenberg

1.	Johdanto	2
1.1.	HUS Nettiterapiat	2
1.2.	Terttu-projekti	3
1.3.	Katsaus sähköisten terveyspalvelujen käyttöönottoon	3
2.	Terttu –hankkeessa toteutunut Nettiterapioiden levittäminen	7
2.1.	Tiedottaminen	7
2.2.	Käyttöönotto ja käyttöönotossa tukeminen	8
3.	Yhteenveto ja suositukset	11

Lähteet

1. Johdanto

Suomen eTerveys –tiekartan (STM 2007) mukaisesti Suomessa on lähdetty kehittämään sähköisiä terveyspalveluja, joiden tavoitteena on ollut lisätä kansalaisen mahdollisuutta saada sähköisesti laadukasta terveystietoa, sekä lisätä kansalaisen osallisuutta oman terveytensä edistämiseksi. Tämän tiekartan mukaisesti Suomessa on käynnistynyt valtion SADe- ja Kaste-ohjelmissa tuettuja hankkeita valtakunnallisten terveystietopalvelujen käynnistämiseksi, sekä Tekes:n Innovaatiot sosiaali- ja terveyspalveluissa -ohjelmassa tuettuja yritysten toteuttamia hankkeita, joissa tarkoituksena on ollut tukea sähköisiä sosiaali- ja terveyspalvelujen toimintaa parantavia innovaatioita ja kansalaisen omatoimiseen terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen tähtääviä hankkeita (ohjelman kuvaus <http://www.tekes.fi/ohjelmat-ja-palvelut/ohjelmat-ja-verkostot/innovaatiot-sote-palveluissa/>). Näissä ohjelmissa on kehitetty muun muassa kansalaisille suunnattuja tieto- ja terveyspalveluja (esim. Mielenterveystalo.fi) ja mobiiliterveyspalveluja (esim. MeeDoc). Yleistä näissä ohjelmissa toteutetuissa projekteissa ja hankkeissa on, että niiden avulla tuotetaan asiakkaan kannalta vaivattomampia terveyspalveluja, jotka ovat helposti saatavilla; vähentävät asiakkaan kannalta painetta päästä vastaanotolle virka-aikana. Lisäksi näiden valtakunnallisten ohjelmien tavoitteena on selkiyttää ja nopeuttaa eri hoidonjärjestäjätahojen yhteistyötä ja työnjakoa.

Kansainvälisesti erilaiset netin kautta tarjottavat tietotekniikka-avusteiset hoidot ja terapiaohjelmat ovat lisääntyneet ja kehittyneet nopeasti viime vuosien aikana. Terapioiden vaikuttavuudesta on julkaistu paljon vaikuttavuustutkimuksia joiden perusteella niiden käytön lisäämistä suositellaan. Kansainvälisesti internet välitteiset terapiat ovat laajassa käytössä. Esimerkiksi Isossa – Britanniassa ensimmäistä kertaa masentuneen työssä käyvän henkilön ensisijaiseksi hoidoksi suositellaan internetin kautta tarjottavaa määrämittaista psykoterapiaa ”Beating the Blues”. Vastaavasti paniikkihäiriöstä kärsivä ihminen ohjataan ”Fear Fighter” nettiterapiaan. Nämä ovat hoidon alkuvaiheeseen tarkoitettuja hoitoja, jotka tuottavat hyvän vasteen valtaosalle asiakkaista. Vastaavia terapiaohjelmia on myös mm. Ruotsissa, Hollannissa, Australiassa ja Kanadassa. Mikäli potilas ei saa näistä riittävää apua, voidaan hoitoa täydentää myöhemmin esimerkiksi lääkityshoidolla tai kasvokkaisella psykoterapialla.

Kansainvälisesti nettiterapioiden käyttöä suositellaan kansallisissa hoitosuosituksissa lievien ja keskivaikean oireilun hoitoon (esim. NICE). Suomalaisessa depression Käypä Hoito suosituksessa (2014) suositellaan nettiterapian käyttöä lievän masennuksen hoidossa. Muissa mielenterveyden häiriöiden Käypä Hoito suosituksissa ei nettiterapioiden käyttöön vielä ohjata.

1.1. HUS Nettiterapiat

HUS Nettiterapiat ovat kognitiiviseen viitekehykseen pohjautuvia, osittain automatisoituja hoitoja, joissa psykoterapiasisältöön on yhdistetty tietotekniikan mukanaan tuomia esitys- ja opetusmahdollisuuksia. HUS Nettiterapioissa potilaan etenemistä seuraa koulutettu HYKS psykiatriassa työskentelevä terapeutti, joka tukee potilaan toipumista ja jolta potilas voi tarvittaessa kysyä mieltään askarruttavista asioista. Nettiterapiat ovat käyttäjille helppokäyttöisiä, opastavia ja intuitiivisia. Terapioiden avulla pyritään muokkaamaan psyykkiseen oireiluun liittyviä haitallisia ajatusmalleja ja toimintatapoja tehtävien ja harjoitusten avulla. Lisäksi terapiaohjelmissa on runsaasti sairauteen ja oireiluun liittyvää tietoa. Ohjelmassa työskentely on pääosin itsenäistä, mutta jokaisessa terapiassa on myös mahdollisuus terapeutin antaman tuen lisäksi vertaiskokemukseen vastaavanlaisista pulmista kärsivien esimerkkipotilaiden kautta. Terapian etenemisen aikana potilas voi seurata esimerkkipotilaiden elämää ja etenemistä terapiassa.

Terapioista vuonna 2013 otettiin käyttöön masennuksen ja paniikkihäiriön nettiterapiat, 2014 tulivat alkoholin liikkakäytön ja kaksisuuntaisen mielialahäiriön oireidenhallintaohjelma, ja keväällä 2015 yleistyneen ahdistuneisuushäiriön nettiterapia. Nämä terapiat ovat pääasiassa tarkoitettu perusterveydenhuollon asiakkaiden hoitoon lievissä ja keskivaikeissa oirekuvissa, pl. kaksisuuntaisen

mielialahäiriön oireidenhallinta-ohjelma jonka kohderyhmään kuuluvat asiakkaat ovat usein erikoissairaanhoidon seurannassa. Perustelluissa tapauksissa terapiaan on otettu myös vaikeasti oireilevia potilaita, joiden polikliinisillä vastaanottokäynneillä ei jostain syystä ole mahdollisuutta keskittyä riittävästi asiakkaan oireilun hoitamiseen tai oireiden hallinnan lisäämiseen.

Terveydenhuoltolain mukaisesti nettiterapioihin voi hakeutua kaikkialta Suomesta ja nettiterapiaan voi lähettää asiakkaita perusterveydenhuollosta, erikoissairaanhoidosta, työterveyshuollosta ja yksityisestä terveydenhuollosta. Läheteet käsitellään HUS Psykiatrian normaalien käytäntöjen mukaisesti ja potilaan hoidosta tehdään asiaankuuluvat merkinnät potilastietojärjestelmään. Nettiterapian aikana potilas on hoitosuhteessa HYKS psykiatriaan, hoitosuhde on kuitenkin rajattu oireilun hoitoon terapialla, eikä terapeutti tee kliiniseen hoitoon liittyviä päätöksiä. Hoidon päätyttyä lähettävä taho saa loppuyhteenvedon hoidosta ja tarvittaessa suosituksen jatkohoidon järjestämisestä, erityisesti sellaisissa tilanteissa joissa potilas todennäköisesti tulisi hyötymään tiiviimmästä kasvokkaisesta terapiasta tai sosiaalisen tilanteen selvittelystä.

1.2. Terttu-projekti

Vuonna 2013 käynnistynyt Terapiat tutuksi (Terttu)-projekti on osa Kaste-ohjelmaan kuuluvaa Mielen Avain-hanketta. Kaste-ohjelman teema-alueiden mukaisesti Terttu-projektin tavoitteena oli vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaa erityisesti mielenterveys- ja päihdepalveluja tarvitsevien asiakkaiden kohdalla, sekä parantaa näiden asiakasryhmien saaman hoidon laatua ja toimintarakenteita. Projektin tarkoituksena oli edistää erityisesti masennuksesta ja ahdistushäiriöitä sairastavien asiakkaiden hyvinvointia ja terveyttä, sekä siten vähentää väestön hyvinvointi- ja terveyseroja ja lisätä asiakkaiden osallisuutta uusien palvelujen avulla. Terttu-projekti käynnistyi HUS ja HUS erva-alueella, joille Nettiterapiat oli tarkoituksena juurruttaa ensimmäisessä vaiheessa. Projektin edetessä tarkoituksena oli Nettiterapioiden tuotteistamisen avulla laajentaa Nettiterapiat valtakunnalliseksi palveluksi. Lisäksi projektin tarkoituksena oli pilotoida uuden eTerveyspalvelun valtakunnallista käyttöönottoa.

Terttu-projektin tavoitteena oli:

1. Tuoda Nettiterapiat osaksi perusterveydenhuollon toimintaa ja aikaistaa potilaiden saamaa terapeutista hoitoa
2. Saada useampi potilas tehokkaan hoidon piiriin ja estää osan vakavista häiriöistä tehostamalla varhaisvaiheen hoitoa
3. Tarjota perusterveydenhuoltoon kustannusneutraalia palvelua; koska Nettiterapiat ovat perinteisiä hoitomenetelmiä huomattavasti edullisempia, ja ennaltaehkäisevät kalliiden hoitojen tarvetta
4. Parantaa psykiatristen häiriöiden hoitoa etenkin perusterveydenhuollossa sekä alueilla joilla terapeutteja ei ole saatavilla
5. Jatkokehittää ohjelmia potilailta ja yhteistyökumppaneilta saadun palautteen mukaan siten, että ohjelmat tukevat toipumista paremmin.

Nettiterapioiden tuotteistuksesta, sidos- ja kohderyhmäyhteistyöstä, ja terapioiden levittämisestä vastasi projektin aikana kolme projektissa osa-aikaisesti työskentelevää henkilöä. Lisäksi projektissa työskenteli osa-aikaisesti kaksi henkilöä jotka vastasivat mm. teknisen toteutuksen tuesta, neuvonnasta, materiaalin tuottamisesta ja taloushallinnosta. Hankkeessa järjestettiin koulutustilaisuuksia työyksiköissä, sekä alueellisia koulutustilaisuuksia. Lisäksi hanketyöntekijät osallistuivat seminaareihin.

1.3. Katsaus sähköisten terveyspalvelujen käyttöönottoon

Uusien sähköisten terveyspalveluiden käyttöönotto noudattaa yleistä uuden teknologian käyttöönoton periaatetta (Zanaboni ym. 2012), ja palvelun leviäminen näyttää noudattavan Rogersin diffuusiomallin mukaista S-käyrää (Rogers 2003). Rogersin diffuusiomallissa uuden palvelun tai tuotteen ottaa käyttöön ensimmäisenä kokeiluvaiheeseen innovaattorit ja varhaisomaksajat, jonka jälkeen suuri enemmistö kohderyhmästä ottaa uuden tuotteen hyvin nopeasti käyttöön vastahakoisten jäädessä käyttöönotossa

viimeiseksi tai käyttöönoton ulkopuolelle. Tyypillisesti terveystalveissa diffuusiomallin mukaiset innovaattorit ja varhaismaksajat ovat terveydenhuollossa yleensä harvaanasuilla alueilla, joilla palvelut ovat etäällä ja erikoistuneempien asiantuntijoiden tavoitettavuus on heikko (Zanaboni & Lettieri 2011).

Sähköisten terveystalvejen käyttöönottoa on tutkittu runsaasti 2000-luvun alun jälkeen, ja tutkimusalueena tämä on kasvava. Suurin osa tutkimuksista liittyy kuitenkin hoidossa käytettävien videoyhteyksien (esim. Gagnon ym. 2011; 2009) ja sähköisten potilastietojärjestelmien käyttöönottoon. Sovellus-tyyppisten terveystalve- tai itsehoitopalvelujen käyttöönottoa ei ole kuvattu kuin tapauskertomuksissa. Kohtalaisen tuoreen systemaattisen katsauksen (Mair ym. 2012) mukaan terveysteknologian käyttöönottoon liittyvissä tutkimuksissa kiinnitetään pääasiassa huomiota erityisesti tekniikan toimivuuteen. Huomattavan vähän raportoidaan terveysteknologian vaikutuksia terveydenhuollon rooleihin ja vastuihin, riskienhallintaan kliinisessä työssä, tai keinoihin käyttää hyödyksi kliinikoiden asiantuntemusta käyttöönoton tukena. Lisäksi katsauksen tekijät huomioivat, että uuden terveysteknologian tuomia mahdollisia hyötyjä tai haittoja ei arvioida raporteissa läpinäkyvästi. Palveluiden juurtumista ja rutiinikäyttöä varsinaisen tutkimusajan jälkeen ei ole juurikaan raportoitu, joten tutkimusvaikutuksen osuutta käyttöönottoon liittyvien tutkimusten raporteissa on vaikea arvioida (Obstfelder ym. 2007; Chaudoir ym. 2013), ja puutteellisten tutkimusprotokollien vuoksi ei vaikuttavuustutkimuksista pystytä kriittisesti arvioimaan sitä, liittyykö tarkasteltu vaikutus nimenomaiseen interventioon vai johonkin muuhun toiminnan kehittämiseen liittyvään tekijään jota ei ole tutkimusprotokollissa huomioitu (Chaudoir ym. 2013).

Uusilta sähköisiltä terveystalveilta odotetaan paljon. Niiden tulisi samanaikaisesti parantaa hoidon saatavuutta, tuottaa kustannussäästöjä ja olla vaikuttavuudeltaan vähintään yhtä hyviä kuin käytössä olevat toimintamallit (Obstfelder ym. 2007), tosin kustannussäästön merkitys päätöksenteossa on myöhemmässä tutkimuksessa kyseenalaistettu, ja käyttäjän – pääasiassa terveydenhuollon ammattilaisen – saamat hyödyt painavat päätöksenteossa enemmän (Zanaboni ym. 2012). Ennen uuden sähköisen palvelun käyttöönottoa arvioidaan päätöksenteossa yleensä teknologiasta saatavat hyödyt ja teknologian pysyvyys (Zanaboni & Lettieri 2011). Terveystalveissa tämä tarkoittaa sitä, että uuden teknologian käyttöönottoa harkittaessa arvioidaan teknologian tai palvelun vaikutusta hoidon saatavuuteen, terapeutiseen tehoon, potilaiden elämänlaatuun ja sairaalahoitojen määrään (Obstfelder ym. 2007; Zanaboni & Lettieri 2011). Ja ohjelman on asetettava mahdollisimman saumattomasti käytössä oleviin toimintamalleihin (Murray ym. 2011).

Uuden sähköisen terveystalvejen käyttöönotto on monitahoinen prosessi (Damshroder ym. 2009; Cresswell 2013). Optimaalisessa tilanteessa uusi sähköinen terveystalve tai –tuote tilataan terveydenhuollon organisaation toimesta, jolloin organisaatio on jo kartoittanut kyseisen palvelun tarpeen, mallintanut palvelun asettumisen palvelujärjestelmään ja suunnitellut sekä käyttöönottoon liittyvät koulutukset että käyttöönoton jälkeisen tuen (Cresswell ym. 2013). Prosessin onnistumiseen vaikuttaa useita eri tasoilla olevia tekijöitä, jotka on huomioitava onnistuneessa käyttöönotossa yhtäläisesti (Chaudoir ym. 2013). Käyttöönotossa huomioitavat tasot ovat (sovelletusti: Damshroder ym. 2009; Chaudoir ym. 2013):

1. Ulkoiset tekijät
 - Laajempi sosiokulttuurallinen ympäristö tai yhteisö jossa kyseinen organisaatio on. Ympäristöllä tarkoitetaan fyysistä ympäristöä (esim. etäisyydet palveluihin), poliittista (esim. lait ja valtakunnalliset suositukset) ja taloudellista ympäristöä.
2. Organisaatiotaso
 - Johtajuuden tehokkuus, organisaatiokulttuuri ja –ilmapiiri (erityisesti uusia innovaatioita kohtaan) sekä tiedonkulku. Organisaatiotasolla tärkeitä tekijöitä ovat myös vuorovaikutuksen toimivuus sekä lateraalisesti että horisontaalisesti, sekä verkostojen tehokas hyödyntäminen tiedonjaossa ja varsinaisessa käyttöönotossa. Erityisesti lääkäreiden kohdalla on todettu mainonnan/tiedottamisen vaikuttavan uuden tuotteen käyttöönottoon jonkin verran, pääasiallisesti vaikutuskanava on kuitenkin kollegoiden tai verkoston suositukset (Valente 1993).
3. Palvelutaso
 - Yksittäistä potilastyötä tekevien henkilöiden valmius kokeilla ja ottaa käyttöön uusia toimintatapoja, sekä yleisemmällä tasolla suhtautuminen näyttöön perustuvaan työotteeseen.

4. Innovaatio

- Uuden innovaation tuomat hyödyt nykyiseen toimintaan ja toimintatapoihin. Uuden toiminnan vaikuttavuus, sekä toimivuus (esim. ohjelmiston nopeus, helppokäyttöisyys ja virheettömyys).

5. Potilas

- Uuden innovaation vaikuttavuus potilaan vointiin ja potilaiden motivaatio käyttää uutta palvelua.

Obstfelderin työryhmineen (2007) tekemän käyttöönoton onnistumistekijöitä kartoittavan katsauksen perusteella aikaisempi teoria innovaatiosta leviämisen kautta rutiinikäytöksi ei välttämättä olekaan validi. Ennen näyttää siltä, että onnistunut käyttöönotto ja juurruttaminen ovat teknologian ja sosiaalisten tekijöiden lopputulos. Katsauksen perusteella uusi teknologia ei itsessään luo muutosta, vaan onnistunut käyttöönotto ratkaisee olemassa olevia ongelmia tai puutteita, ja tuo samalla palvelujärjestelmään muutospaineita. Onnistuneeseen käyttöönottoon liittyy katsauksen mukaan kuusi tekijää, jotka liittyvät dynaamisesti toisiinsa:

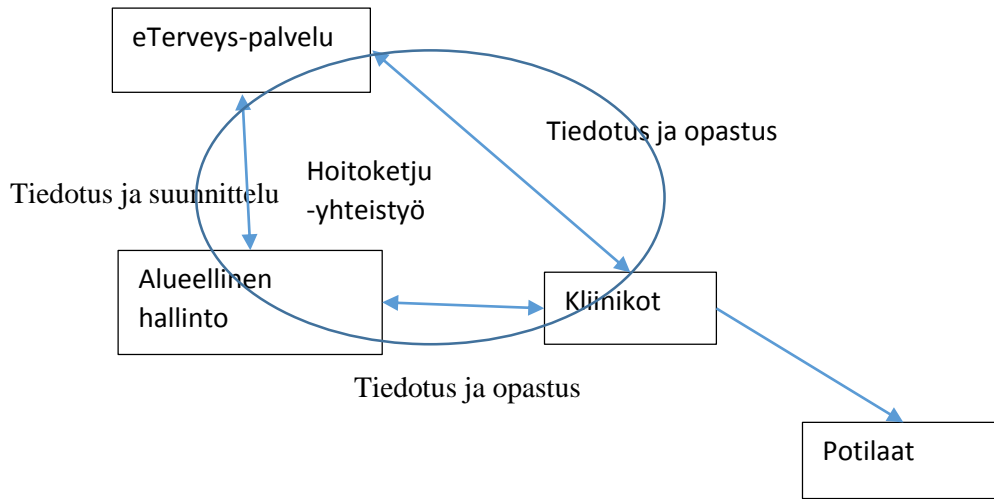
1. Paikallisen palvelun toteutuksen ongelmat on nimetty selkeästi
2. Uusi käyttöönotettava teknologia nähdään hyödyllisenä
 - ➔ Jo käyttöönottoa suunniteltaessa paikalliset terveydenhuollon organisaatioon ja kliinisen hoidon toteuttamiseen liittyvät haasteet on kartoitettu, ja uusi palvelu tuottaa ratkaisun näihin. Kliinisen työn tekijät ovat erityisessä asemassa ongelmien kartoituksessa ja käyttöönoton onnistumisessa.
3. Uusi palvelu nähdään ratkaisuna sekä poliittisiin että kliinisiin ongelmiin
 - ➔ Esim. palvelujen yhtäläinen saatavuus harvaanasutuilla seuduilla, yhdenvertaiset palvelut asuinpaikasta riippumatta, keskittyneen osaamisen jakaminen. Uusi palvelu tuottaa hyötyä joko terveyspolitiikan toteutuksen tai talouden kannalta.
4. Palvelun tuottajan ja käyttäjien välinen yhteistyö
 - ➔ Muodollinen ja epämuodollinen vuorovaikutus kaikilla tasoilla. Vuorovaikutuksen tavoitteena on parantaa uuden teknologian hyväksyntää ja asettumista alueelle. Onnistunut käyttöönotto muokkaa koko organisaation toimintaa.
5. Organisaatioihin ja teknologiaan liittyvät ongelmat on huomioitu
6. Palvelun toiminta on taattu myös tulevaisuudessa
 - ➔ Ohjeet, ohjeistukset ja jatkuva koulutus/tiedotus. Onnistuneessa hankkeessa toteutuu alueellinen hallinnointi, joka huomioi uuden toimintatavan vaikutukset sekä koko organisaatioon että yksittäiseen kliinisen työn tekijään. Alueellisesta kehittämisestä vastaava toimii muutosagenttina sekä organisaatiotasolla että käytännössä.

Mayn kumppaneineen (2003; 2009) kehittämän uusien innovaatioiden juurtumista kuvaava Normalisaatioprosessi-teoria tukee Obstfelderin ym. (2007) tuloksia. Normalisaatioprosessi-teorian perusteella päätekijöinä onnistuneessa juurruttamisessa ovat alueellisen tai kansallisen hallinnon konsensus siitä, että uusi palvelu on hyödyllinen ja tarpeellinen, sekä hallinnon osallistuminen palvelujärjestelmän uudistamiseen siten, että uuden palvelun optimaalinen hyödyntäminen on mahdollista. Onnistuminen tässä vaatii hallinnollisten ja kliinistä työtä tekevien henkilöiden tasavertaista ja tavoitteellista yhteistyötä.

Yhteenveto

Erityisen tärkeää sähköisten terveyspalveluiden implementoinnin onnistumisessa on alueellisen johdon ja kliinisen työn esimiesten sitoutuminen implementointiprosessiin ja palvelun integroimiseen olemassa olevaan palvelujärjestelmään (May ym. 2003; Obstfelder ym. 2007). Alueellinen koordinointi ja sekä organisaation toiminnan että palvelukokonaisuuksien samanaikainen hallinta ja hallinnointi on tärkeää koska: ”[uusi] teknologia muuttaa organisaatioita ja organisaatioiden toimintaa, paikallisesti tämän tulisi tapahtua luontevasti” (Obstfelder ym. 2007). Optimaalisessa tilanteessa uuden terveysteknologian

käyttöönotto ja juurruttaminen tapahtuu tiiviissä yhteistyössä palveluntuottajan ja alueellisten palveluiden järjestäjien kanssa (Kuvio 1.).



KUVIO 1. Malli uuden eTerveys-tuotteen tai palvelun optimaalisesta käyttöönotosta ja levittämisestä kliniseen työhön

2. Terttu –hankkeessa toteutunut Nettiterapioiden levittäminen

Hankkeen aikana tapahtunut tiedotus voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: pilotointi, varhainen käyttöönotto ja vapaa leviäminen. Käyttöönottoa tarkastellaan sovelletusti Damshroderin ym. (2009) ja Chaudoirin ym. (2013) kehittämien käyttöönottomallien mukaisesti.

2.1. Tiedottaminen

Pilotointi 1/2013 – 12/2013

Terttu-hankkeen käynnistyessä olivat ensimmäiset terapiat juuri valmistuneet, mutta terapioiden käynnistymisestä tai saatavuudesta ei ollut tietoa kliinistä työtä tekeville tai alueellisilla terveydenhuollon esimiehillä. Ensimmäisen syksyn aikana tiedottamista ja terapiaohjelmia pilotoitiin Vantaan, Espoon ja Helsingin perusterveydenhuollossa, sekä YTHS:n Töölön toimipisteessä. Saatujen kokemusten perusteella muokattiin terapiaohjelmaa, lähettämiskäytäntöjä ja suunniteltiin laajemman levittämisen toteuttamista.

Varhainen käyttöönotto 1/2014 – 8/2014

Terapioiden levittämistavaksi valittiin ns. lumipallo-menetelmä, jossa ensisijaisena tiedotuskohteena olivat suurten tai harvaanasuttujen kuntien perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon ylemmät esimiehet. Pilotoinnin jälkeen terapiosta tiedotettiin eri kanavia käyttämällä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hallintoa eri puolilla Suomea. Tässä pilotoinnin jälkeisessä ensimmäisen vaiheen tiedotuksessa oli tavoitteena löytää ne kunnat, jotka toimisivat varhaisina käyttöönottajina, ja myöhemmin jakaisivat kokemuksiaan Nettiterapioista verkostoissaan. Samalla tavoitteena oli tavoittaa varhaisina käyttöönottajina toimivat yksittäiset kliinistä työtä tekevät henkilöt, jotka jakaisivat kokemuksiaan ja tietoa Nettiterapioista verkostoissaan.

Tavoitteena tällä tiedotus- ja levittämistavalla oli saada sekä erikois- että perusterveydenhuollon esimiehet kiinnostumaan Nettiterapioiden tarjoamasta mahdollisuudesta parantaa lievästi tai keskivaikeasti oireilevien asiakkaiden hoitoa, sekä tarjota Nettiterapioiden avulla mahdollisuutta tehostaa hoitoketjuja. Ensivaiheen tiedotuksen jälkeen olettamuksena oli, että Nettiterapioiden käytöstä kiinnostuneet kunnat kutsuvat Terttu-hankkeessa työskentelevät henkilöt esittelemään Nettiterapioiden käyttöönottoa ja terapiaan soveltuvien potilaiden tunnistamista kliinistä työtä tekeville. Olettamuksena Terttu-hankkeessa oli myös, että kiinnostuneet kunnat alkavat aktiivisesti prosessoimaan hoitoketjujaan ja järjestävät hankkeen tarjoaman perusinformaation lisäksi oman käyttöönottoprojektin ja tarvittaessa kuntatasolla kehittävät kunnallisia hoitopolkuja ja –malleja uudelleen. Terttu-hankkeessa tarjottiin myös hanketyöntekijän osallistumista hoitoketjusuunnitteluun.

Varhaisen käyttöönoton vaiheessa Nettiterapioiden perusterveydenhuoltoon ja potilastyötä tekeville kohdennetun tiedotuksen lisäksi pyrittiin saamaan median huomio Nettiterapioihin ja potilaiden terapiosta saamiin hyötyihin. Nettiterapiat huomioitiinkin sekä yleisessä mediassa että ammattilehdissä (esim. *Tehy* 2013 ja *Psykologi* 2014), jonka jälkeen yhteydenotot eri kunnista ja yksittäisiltä ammattilaisilta, sekä asiakkaasta tai asiakkaan lähipiiristä lähtöisin oleva hoitoon hakeutuminen lisääntyivät.

Vapaa leviäminen 9/2014 –

Syksyllä 2014 Nettiterapiat oli jo tullut tunnetuksi laajemmin Suomessa ja aktiivisen tiedotuksen lisäksi Terttu-hankkeelle tuli pyyntöjä tulla esittelemään Nettiterapioita ja niiden käyttöönottoa sekä terveydenhuollon yksiköiden hallinnolle että työryhmien kokouksiin (esim. lääkärikokoukset). Lisäksi Terttu-hanketta pyydettiin seminaareihin esittelemään terapiota (esim. *Terveyttä Lapista-seminaari*). Syksyn ja talven aikana Nettiterapioiden näkyvyys mediassa lisääntyi, mikä näkyi terapiaan ohjautuvien potilaiden määrän kasvuna. Lisäksi talven 2014 – 2015 aikana kyselyjä terapiosta ja yhteydenottoja terapioiden esittelystä alkoi tulemaan myös perusterveydenhuollon ulkopuolisesta työterveydenhuollosta, sekä

yksityisiltä lääkäriasemilta. Kevääseen 2015 mennessä Nettiterapioihin on ohjattu potilaita jokaisen Suomen sairaanhoitopiirin alueelta, joiltain tosin yksittäisiä, joten tieto terapioiden levinyt ainakin kohtalaisen hyvin. Terapioihin liittyvien esittelypyyntöjen määrä ei kuitenkaan kasvanut enää syksyn 2014 jälkeen, ja Terttu-hankkeen loppuessa Suomessa on edelleen sairaanhoitopiirejä joiden alueella ei ole hankkeen puitteissa järjestetty esittelyjä tai perehdytystä.

2.2. Käyttöönotto ja käyttöönotossa tukeminen

Ulkoiset tekijät

Aikaisemman tutkimustiedon mukaisesti Nettiterapioista oltiin kiinnostuneita harvaanasutuilla seuduilla, ja näillä myös käyttöönotto oli sujuvinta heti terapiaohjelmien käyttöönoton jälkeen. Toisena ensivaiheen käyttöönottajana toimi pääkaupunkiseudun kuntien perusterveydenhuolto ja erityisesti opiskelijaterveydenhuolto. Metropolialueella tapahtunut varhainen käyttöönotto poikkeaa aikaisemmasta näytöstä. Tähän saattaa vaikuttaa kaupunkilaisten oletettu valmius ottaa käyttöön uusia teknologisia innovaatioita, sekä mahdollisesti lääkäreiden ja muiden potilaiden hoidon tarvetta arvioivien ammattilaisten tiivis verkosto. Pääkaupunkiseudun käyttöönottoon saattaa myös vaikuttaa se, että Nettiterapiat ovat HUS:n tuottama palvelu, ja HUS koetaan muussakin kliinisessä potilastyössä luonteva yhteistyökumppani sekä konsultaatioiden että erikoissairaanhoitotasojen palvelujen toteuttajana.

Terttu-hanke toteutettiin osana sosiaali- ja terveysministeriön Kaste-ohjelmaan kuuluvaa Mielen Avain hanketta. Mielen Avain hankkeen ansiosta Terttu-hankkeessa toteutettu Nettiterapioista tiedottaminen oli ilmaista kaikille osapuolille. Tällä ei kuitenkaan vaikuttanut olevat vaikutusta siihen, miten kutsuja käyttöönoton esittelylle tuli tai miten kunnat ottivat palvelua käyttöön. Tapaamisissa korostui sekä kliinistä työtä tekevien että virkamiestasolla työskentelevien kokemus Nettiterapioiden potentiaalisesta hyödystä yksittäisen potilaan hoidolle ja myös perusterveydenhuollon palvelujärjestelmälle. Käyttöönottoon suhtauduttiin kuitenkin varovasti, koska Nettiterapiat eivät ole KELA:n subventoimaa hoitoa, joten hoidon aiheuttamat kustannukset osoitetaan kokonaisuudessaan kunnille ja kustannukset pitää budjetoida kuntatasolla terveydenhuollon menoihin. Kunnissa käytyjen keskustelujen perusteella käyttöönottoon olisi kuntatasolla ottauduttu paremmin, jos hoidot olisivat kunnalle ilmaisia ja terapioiden kustannuksia ei tarvitsisi huomioida kunnan sosiaali- ja terveysmenojen budjetissa. Nettiterapioiden hyödystä syntyvistä pidemmän aikavälin säästöistä ei näissä keskusteluissa ollut merkitystä. Budjetoinnin aiheuttamista haasteista johtuen jotkin kunnat määrittivät Terttu-hankkeen aikana vuotuisen maksimipotilasmäärän, joita heiltä voi terapiaihin lähettää. Käytännössä tämä kuitenkin tarkoitti sitä, että kohtalaisen suuresta suunnitellusta potilasmäärästä huolimatta ei kyseisistä kunnista tullut vuoden aikana kuin 1 – 2 potilasta terapiaan. Lisäksi parin yhteydenoton perusteella potilaiden lähettämistä pyrittiin hallitsemaan sillä, että terveystoimen esimiehet olivat kertoneet kieltäytyvänsä hyväksymästä Nettiterapioiden laskua, jollei potilaan lähettämistä ole erikseen hyväksytty hallinnollisella esimiehellä. Näissä tapauksissa sovittiin lähettävän lääkärin ja potilaan yhteisestä toiveesta, että potilas maksaa itse koko hoidon.

Vuoden 2014 julkaistussa masennuksen Käypä Hoito-suosituksen uudessa versiossa Nettiterapioiden käyttöä suositellaan lievästi masentuneiden hoitoon. Lähetemäärien tai yhteydenottojen perusteella tällä ei ole ollut vaikutusta lähetemääriin ainakaan suosituksen ensimmäisen puolen vuoden voimassaoloaikana. Myöskään ammattilehdissä ollut näkyvyys ei näyttänyt vaikuttavan suuremmin yhteydenottojen määrään, tosin ammattilehdessä olleet artikkelit olivat enemmän luonteeltaan informatiivisia ja asenteita muokkaavia, eivät niinkään potilaiden lähettämiseen kannustavia. Sen sijaan Nettiterapioiden näkyminen valtakunnallisissa ja alueellisissa medioissa (erityisesti uutiset ja aluelehdet) näkyi heti sekä ammattilaisten että terapioiden kiinnostuneiden asiakkaiden yhteydenottoina. Tämä on aikaisemmasta tiedosta poikkeavaa.

Organisaatiotaso

Terttu-hankkeessa ei tavattu henkilökohtaisesti kuin osa kuntien lääkäreistä ja muista lievästä mielenterveysongelmista sairastavien potilaiden kanssa työskentelevistä ammattilaisista. Joissain kunnissa tapasimme vain virkamieshallintoa, jonka vastuulle jäi tiedottaminen ja ohjaaminen Nettiterapioiden käyttöön. Kutsuminen lääkär kokouksiin tai lääkäreiden koulutuspäiville oli satunnaista ja näytti riippuvan alueen halukkuudesta organisoida useita tapaamisia. Tämä johti siihen, että kunnissa joissain perusterveydenhuollon yksiköissä tiedettiin Nettiterapioista ja potilaita lähetettiin aktiivisesti hoitoon, toisissa taas ammattilaiset eivät olleet kuulleet terapioista tai terapioiden mahdollisuudesta lainkaan. Tiedottamisen ongelma tunnistetaankin yksiköissä (esim. Länsi-Uusimaa 2014).

Terttu-hankkeen tiedottamista toteutettiin myös erikoissairaanhoidon toimipisteissä, vaikkei terapioiden pääasiallisena kohderyhmänä olekaan erikoissairaanhoidon potilaat. Erikoissairaanhoidon työntekijöiden taholta terapioita kohtaan kohdistuikin suurin vastustus ja kyseenalaistus. Keskusteluissa Nettiterapioiden vaikuttavuuteen ei luotettu, vaikka tutkimusten perusteella näyttäisi siltä, että vaikuttavuus on yhdenvertainen perinteisen vastaanotolla tapahtuvan lyhytterapian kanssa (Wagner ym. 2013; Rickhards & Rickhardson 2012). Lisäksi keskustelujen perusteella syntyi vaikutelma siitä, että erikoissairaanhoidon työntekijät näkevät Nettiterapiat kilpailevana toimintana siitä huolimatta, että suurin osa terapioiden kohderyhmässä olevista potilaista ei tule koskaan olemaan erikoissairaanhoidon asiakkaita. Erikoissairaanhoidon asenteet ja mielipiteet eivät ehkä vaikuta välittömästi lähetettävien potilaiden määriin, mutta erikoissairaanhoidossa työskentelevät asiantuntijat vaikuttavat mielipiteillään esim. konsultaatioiden ja muun yhteistyön kautta perusterveydenhuoltoon.

Terttu-hankkeen aikana tiiviimpää hoitopolkuyhteistyötä tehtiin kahden kunnan kanssa. Näiden kuntien perusterveydenhuollon esimiesten kanssa käytiin keskusteluja siitä, missä vaiheessa potilaat kannattaa ohjata Nettiterapiaan ja missä vaiheessa siirtää perusterveydenhuollossa työskenteleville psykiatrian asiantuntijoille (esim. depressiohoitajat). Suurimmassa osassa niistä kunnista joissa toteutui Terttu-hankkeen tiedotus, toteuttivat kunnat itsenäisesti hoitopolkujen suunnittelun ja Nettiterapioiden sijoittumisen hoitopolkuun.

Syksyllä 2014 olleen laajemman medianäkyvyyden jälkeen Nettiterapioista tuli lisääntyvästi yhteydenottoja työterveyshuollosta, ja alkuvuoteen 2015 mennessä sekä julkisesta että yksityisestä työterveydenhuollosta tulevien potilaiden määrä lisääntyi huomattavasti. Tämä potilasmäärän lisäys syntyi ilmeisesti pääasiassa medianäkyvyyden perusteella, koska Terttu-hankkeessa ei tehty tiedotusta yksityiseen terveydenhuoltoon.

Palvelutaso

Useissa tiedottamis- ja koulutustilaisuuksissa lääkärit totesivat tunnistavansa vastaanotoltaan potilaita, joita voisi suositella Nettiterapiaan välittömästi. Kuitenkaan koulutustilaisuuksien jälkeen lähetteden yleisissä määrissä ei tapahtunut huomattavaa nousua. Osin tämä selittynee potilaiden haluttomuudella ottaa uutta ja tuntematonta hoitomuotoa käyttöön. Ensimmäisessä vaiheessa toteutuneen tiedotuksen suurin vaikutus oli siinä, että tilaisuuksissa tavoitettiin ne lääkärit, jotka olivat valmiimpia ottamaan Nettiterapiat käyttöön omien potilaidensa hoidossa ja myöhemmin suosittelivat Nettiterapiaa myös kollegoilleen.

Perinteisen vastaanotolla toteutettavan ja tietokonevälitteisen terapian yhdenmukaisista hoitotuloksista huolimatta lääkärit kokevat edelleen kasvokkaisen hoidon parempana (esim. Imatralainen 2015) kuin Nettiterapiat. Nettiterapioita ei potilastyössä tai päätöksenteossa nähdä terveydenhuollon palveluja täydentävänä palveluna, vaan vaihtoehtona tai kilpailevana toimintana perinteiselle vastaanottotyölle. Tämä vaikuttaa heijastuvan myös lähettämiseen liittyvään päätöksentekoon; terapia-arvioita tekevät henkilöt eivät lähettäneet Terttu-hankkeen aikana potilaita Nettiterapioihin, vaikka olivat hyvin tietoisia Nettiterapian soveltuvuudesta eri potilaille ja Nettiterapioiden vaikuttavuudesta.

Terveyskeskusten lääkäreiltä saadun palautteen perusteella potilaiden lähettämiseen vaikuttaa myös lähettämiseen liittyvät vaikeudet; sähköiset potilastietojärjestelmät koetaan hankaliksi käyttää samoin kuin paperisen lähetteen postittaminenkin. Erikoisen tästä tilanteesta tekee se, että suurimmista yksityisen

terveydenhuollon toimipisteistä pystyy tekemään sähköisen läheteen Nettiterapioihin kaikkialta suomesta, mutta perusterveydenhuollon toimipisteistä sähköisen läheteen pystyy tekemään vain HUS alueelta.

Innovaatio

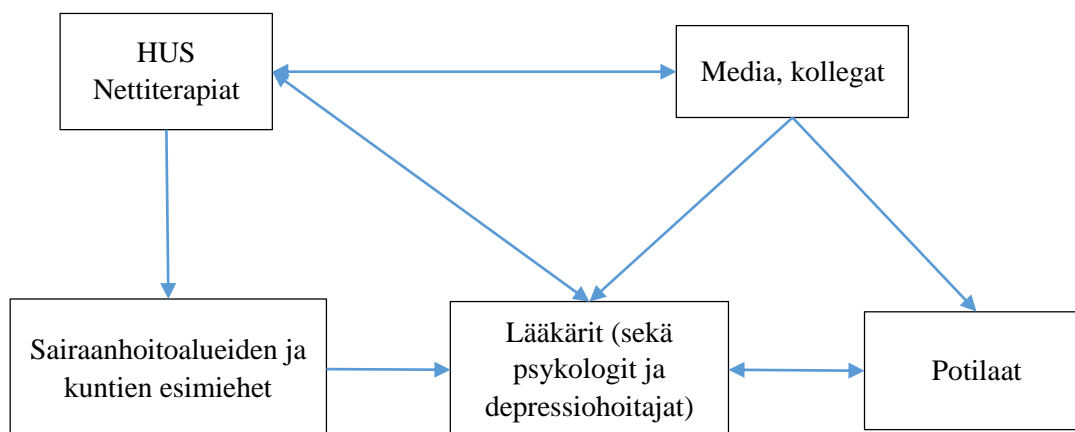
Nettiterapioiden käyttöönoton vaikutuksia sekä palvelujärjestelmiin että potilaan hoidon kokonaisuuksiin ei oltu täysin hahmotettu Terttu-hankkeen alkuvaiheessa, koska vastaavien palvelujen käyttöönotosta ei ollut tuolloin saatavilla aikaisempia kokemuksia. Koska Nettiterapioista ei toteutettu tutkimuspilottia ennen terapioiden kansallista käyttöönottoa, ei Terttu-hankkeen aikana voitu esittää vaikuttavuustuloksia, eikä hankkeen työntekijöillä ollut kuin ensimmäisten potilaiden hoidosta saatua kokemustietoa näiden nimenomaisten terapioiden vaikuttavuudesta. Itse terapiaohjelmassa havaittiin hankkeen aikana puutteita, jotka korjattiin nopeasti.

Täysin uuteen palveluun liittyvät ennakkoluulot saattoivat hidastaa terveydenhuollon henkilöstön ja päättäjien hyödyntämistä. Samoin se, että Nettiterapioista ei tule välitöntä kustannushyötyä, ennemminkin pientä kustannusten nousua. Eri tasojen kanssa käytyjen keskustelujen perusteella Nettiterapioiden potentiaalia ja erityisesti pidemmän ajan – yhden kahden vuoden aikana syntyviä – kustannussäästöjä ei kliinisessä työssä tai alueellisessa hallinnossa ehkä hahmotettu.

Potilas

Potilaat olivat alusta asti kiinnostuneita käyttämään nettiterapiaa. Pilotointivaiheessa havaittiin, että ohjelman alkuvaihe oli rakennettu liian tietopainotteiseksi, joka turhautti osaa asiakkaista. Jonkin verran palautetta tuli siitä, että suoran vuorovaikutuksen puute hoito-ohjelmassa vähentää asiakkaan kokemusta hoidon vaikuttavuudesta. Tämä menee yksiin vaikuttavuus/hyödyllisyyskokemusten tutkimuksen kanssa (Musiat ym. 2014). Potilaiden oletukset uusien ja perinteisestä vastaanottotyöstä poikkeavien hoitomallien vaikuttavuudesta tulevat varmaan tulevaisuudessa olemaan yksi kohde johon pitäisi pyrkiä vaikuttamaan, erityisesti sen vuoksi että tietotekniset ja totutusta poikkeavat hoitomuodot näyttävät olevan yhtä vaikuttavia kuin perinteiset hoitomallit.

Kuvio Terttu-hankkeessa toteutuneesta levittämismallista.



3. Yhteenveto ja suositukset

Nettiterapioiden sijainti Mielenterveystalossa sekoitti ja viivästytti ensimmäisen vaiheen käyttöönottoa: kuntatasolla kuviteltiin Nettiterapioiden liittyvän saumattomasti Mielenterveystalon käyttöönottoon, ja tulevan ns. toisena vaiheena, jonka voi ottaa halutessaan käyttöön. Alkuvaiheen kuntapäätäjien kanssa käytyjen keskustelujen perusteella tämä ajateltiin olevan liian kallista, jonka vuoksi Nettiterapioista ei tullut myöhemmin lisätiedusteluja.

Nettiterapioista tiedottaminen käynnistettiin kaikilla alueilla sekä kuntien terveydenhuollon että alueesta vastaavan sairaanhoitopiirin hallinnollisille henkilöille, tämän jälkeen kliinistä työtä tekeville kerrottiin nettiterapioista ja niihin lähettämistä. Tavoitteena hallinnolle tapahtuvalla tiedottamisella oli antaa informaatiota uudesta palvelusta joka tulee vaikuttamaan kuntalaskutukseen, ja tiedottaa nettiterapioista riittävästi, jotta esimiehet voivat jakaa tietoa potilastyötä tekeville. Hallinnollisille henkilöille järjestettyjen tilaisuuksien jälkeen Terttu hankkeelle tuli jonkin verran pyyntöjä lääkärikokouksiin tai vastaaviin koulutustilaisuuksiin, ei kuitenkaan kattavasti. Hallinnolle pidetyillä koulutuksilla ei näyttänyt olevan minkäänlaista vaikutusta lähetemääriin, mutta toisaalta näiden tilaisuuksien tavoitteena oli ensisijaisesti yleisinformaation ja yhteistyön tarjoaminen. Tapaamisissa käytiin melko usein keskustelua myös terapioiden hinnasta, joka koettiin niin korkeaksi että se saattoi olla este ainakin alkuvaiheen käyttöönotolle.

Tulevaisuuden vastaavissa uusissa terveyspalveluissa tullaan varmasti kohtaamaan samanlainen tilanne, jossa hallinnolliset henkilöt ovat kiinnostuneita uudesta palvelusta, mutta palvelun maksullisuuden vuoksi paikallista käyttöönottoa ei tueta tai pyritään jopa estämään. Toisaalta uusitun terveydenhuoltolain mukana tuoman hoitopaikan vapaan valinnan periaatteen pitäisi tukea Nettiterapioiden tyyppisten valtakunnallisten ajasta ja paikasta riippumattomien palvelujen käyttöönottoa ja leviämistä. Projektissa työskennelleille ei kuitenkaan käynyt varmuudella selväksi olisivatko nettiterapiat levinneet yhtään nopeammin, mikäli hoidot olisivat olleet ilmaisia myös kunnille. Tämä on mahdollista, mutta toisaalta nimellinen hinta saattaa ohjata läheteitä tekeviä henkilöitä pohtimaan terapioiden soveltuvuutta paremmin. Ilmaisten hoitojen kohdalla hoitoketjuyhteistyö olisi todennäköisesti käynnistynyt luontevammin.

Levittämisen kannalta lääkärikokoukset ja muut vastaavat luonnolliset tilaisuudet, joissa potilastyötä tekevät ammattilaiset keskustelivat hoidon soveltuvuudesta potilaille, olivat leviämisen ja käyttöönoton kannalta hyödyllisimpiä. Näissä tilaisuuksissa käynnistynyt luonteva keskustelu terapioiden hyödyistä ja huonoista puolista tuki potilastyötä tekevien päätöksentekoa ja auttoi valikoimaan terapioihin ne potilaat, jotka hyötyvät hoidosta parhaiten. Yleistilaisuudet kuten massaluennot ja tiedotus messuilla ei ollut yhtä tuottoisaa terapioiden levittämisen tai käyttöönotossa tukemisen kannalta. Yleisötilaisuuksissa tuli esiin kiinnostusta hoitoa kohtaan ja alustavia kyselyjä paikalliselle tiedotukselle ja käynneille esim. koulutustilaisuuksissa, mutta usein kontaktit eivät kuitenkaan jatkuneet enää tilaisuuden jälkeen eikä kutsua alueelle enää tullut. Näiden ennakkokontaktien perusteella kysyntää ja tarvetta nettiterapioiden tyyppisille hoidoille on, mutta jostain syystä (kustannukset, skeptisyys) terapiota ei kuitenkaan haluttu ottaa käyttöön. Erikoista tässä on se, että tiedottaminen ja alueilla käynti on kunnille/terveydenhuollon yksiköille ilmaista, joten kunnan taloudellisen tilanteen ei olisi pitänyt vaikuttaa esittelykutsuihin.

Yksityisen sektorin laaja vastuu työikäisten kansalaisten perusterveydenhuollon ja terveyttä edistävän toiminnan järjestäjänä tuli hankkeessa yllätyksenä. Tämän vastuun suuruus realisoitui vuodenvaihteen 2014 – 2015 aikana, jolloin työterveydenhuollosta alkoi tulemaan enenevästi lievästi tai keskivaikeasti oireilevia potilaita. Terttu hankkeen kansalaisyhteiskunnan ja levittämisen onnistumisen kannalta ensisijaisena kohteena olisi voinut olla työterveyshuolto. Tulevaisuudessa vastaavissa hankkeissa tämä kannattaa huomioida.

Tällä hetkellä nettiterapiat ovat lähes ainut mahdollisuus tarjota psykoterapeuttista työskentelyä eläkeikäisille, jotka eivät enää pääse KELAn tukemiin psykoterapioihin. Myös perusterveydenhuollossa ja erikoissairanhoidossa psykoterapioiden tarjonta ikääntyville on kohtalaisen vähäistä. Terttu-hankkeen aikana nettiterapioihin ohjattiin ikääntyneitä jonkin verran. Tämän kokemuksen perusteella ikä ei vaikuta

saatuun hoitotulokseen, ja ohjelman käyttö koettiin riittävän helpoksi. Nuoriin verrattuna ikääntyneet (lähinnä 70 vuotta täyttäneet) tarvitsivat enemmän käyttötukea, mutta muuten ikä ei näkynyt hoidossa etenemisessä. Tämän perusteella tietotekniikka-avusteisten hoitojen kohdalla kannattaa huomioida ja ottaa ikääntyneet testausvaiheessa mukaan ja myöhemmin suunnata ikääntyneille omia soveltuvia hoito-ohjelmia.

Ammattilaisille tietokonevälitteiset hoidot olivat uusi konsepti ja tapa tuottaa mielenterveyspalveluja. Telelääketieteelliset yhteydet, kuten videopuhelut, ovat ammattilaisille jollain tasolla tuttuja, mutta hoidossa käytettävät ohjelmat eivät ole vielä arkea millään erikoisalalla. Tämä täysin uusi tapa tuottaa palvelua saattaa hidastaa käyttöönottoa ja näitä uudentyypisiä palveluja kohtaan saattaa myös liittyä skeptisyyttä mikä hidastaa palvelujen täysimääräistä hyödyntämistä. Sähköisissä terveyspalveluissa apps-tyyppiset ohjelmat ovat uutta, ja varsinaisessa hoidollisessa käytössä pääasiassa pitkäaikaissairauksien hoidossa (esim. diabetes, verenpainetauti). Mielenterveyspalveluissa näitä ei ole vielä juurikaan kehitetty, eivätkä olemassaolevat sovellukset ole vielä käytössä potilaan hoidossa. Tottuminen näihin palveluihin mielenterveyshäiriöiden hoidossa ja niiden hyväksyminen osaksi potilaan normaalia hoitoa tulee vaatimaan lisää uusia palveluja, runsaasti tiedottamista ja myös asiakkaiden terveydenhuollolle luomaa muutospainetta.

Lähteet:

- Chaudoir SR, Dugan AG & Barr CHI. 2013. Measuring factors affecting implementation of health innovations: a systematic review of structural, organizational, provider, patient, and innovation level measures. *Implementation Science* 8:22. Saatavilla: <http://www.implementationscience.com/content/8/1/22>
- Creswell KM, Bates DW & Sheikh A. 2013. Ten key considerations for the successful implementation and adoption of large-scale health information technology. *Journal of the American Medical Informatics Association* 20 e9 – e13. Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3715363/>
- Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA & Lowery JC. 2009. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Science* 4:50. Saatavilla: www.implementationscience.com/content/4/1/50
- Gagnon M-P, Légaré F, Fortin J-P, Lamothe L, Labrecque M & Duplantie J. 2008. An integrated strategy of knowledge application for optimal e-health implementation: A multi-method study protocol. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 8: 17. Saatavilla: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/17>
- Gagnon M-P, Duplantie J, Fortin J-P, Lamothe L, Légaré F & Labrecque M. 2009. Integrating scientific evidence to support telehomecare development in a remote region. *Telemedicine and e-health* 15(2) 195 – 198. Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4005789/>
- Imatralainen 19.1.2015. Eksote otti käyttöön Mielenterveystalo.fi-palvelun Eksote ei ottanut nettiterapiaa käyttöön. <http://www.imatralainen.fi/artikkeli/260654-eksote-otti-kayttoon-mielenterveystalofi-palvelun-eksote-ei-ottanut-nettiterapiaa> (katsottu 10.3.2015)
- Käypä hoito 2014. Depressio. Päivitetty: 29.09.2014. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus;jsessionid=04AB07CE1D85FB22B5BDF262C8B5D5ED?id=hoi50023> (Katsottu 11.3.2015)
- Länsi-Uusimaa 6.1.2015. Nettiterapia käytössä Lohjankin seudulla – käyttäjiä vielä vähän. <http://www.lansi-uusimaa.fi/artikkeli/258264-nettiterapia-kaytossa-lohjankin-seudulla-kayttajia-viela-vahan> (katsottu 10.3.2015)
- Mair FS, May C, O'Donnell C, Finch T, Sullivan F & Murray E. 2012. Factors that promote or inhibit the implementation of e-health systems: an explanatory systematic review. *Bulletin of the world health organization* 90: 357 – 364. Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3341692/>
- May C, Harrison R, Finch T, MacFarlane A, Mair F & Wallace P. 2003. Understanding the normalization of the telemedicine services through qualitative evaluation. *Journal of the American Medical Informatics Association* 10: 596 – 604. Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC264438/>
- May C, Mair F, Finch T, MacFarlane A, Dowrick C, Treweek S, Rapley T, Ballini L, Ong B, Rogers A, Murray E, Elwyn G, Légaré F, Gunn J & Montori V. 2009. Development of a theory of implementation and integration: Normalization Process Theory. *Implementation Science* 4:29. Saatavilla: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1748-5908-4-29.pdf>
- Murray E, Burns J, May C, Finch T, O'Donnell C, Wallace P & Mair F. 2011. Why is it difficult to implement e-health initiatives? A qualitative study. *Implementation science* 6: 6. Saatavilla: <http://www.implementationscience.com/content/6/1/6>
- Musiati P, Goldstone P & Tarrier N. 2014. Understanding the acceptability of e-mental health – attitudes and expectations towards computerised self-help treatments for mental health problems. *BMC Psychiatry* 14: 109. Saatavilla: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/109>

Obstfelder A, Engeseth KH & Wynn R. 2007. Characteristics of successfully implemented telemedical applications. *Implementation Science* 2: 25. Saatavilla: <http://www.implementationscience.com/content/2/1/25>

Psykologi 2014. Nettiterapiat täydentävät hoidon tarjontaa. *Psykologi* 4/2014.

Richards D & Richardson T. 2012. Computer-based psychological treatments for depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 32(4), 329-342.

Rogers EM. 2003. *Diffusion of innovations*. 5th edition. New York: Free Press

STM 2007. Suomen eTerveys –tiekartta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2007:14. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-2284-6>

Tehy 2013. Piuhat päässä. *Tehy* 13/2013. Saatavilla: <http://www.tehy.fi/tehy-lehti/2013/13/piuhan-paassa/>

Valente TW. 1993. Diffusion of innovations and policy decision-making. *Journal of Communication* 43(1) 30–45.

Wagner B, Horn AB & Maercker A. 2013. Internet-based versus face-to-face cognitive-behavioral intervention for depression: A randomized controlled non-inferiority trial. *Journal of Affective Disorders* (152–154), 113–121.

Zanaboni P & Lettieri E. 2011. Institutionalizing telemedicine applications: The challenge of legitimizing decision-making. *Journal of Medical Internet Research* 13(3). Saatavilla: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3222171/>

Zanaboni P & Wootton R. 2012. Adoption of telemedicine: from pilot stage to routine delivery. *BMC Medical Informatics and Decision Making* 12: 1. Saatavilla: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/12/1>